FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. José Pedro de Araujo

MDCCCLXXXIII

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE OBSTETRICIA

Hemorrhagias puerperaes

Proposições

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

Characteres das manchas de sangue

2ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Das condições pathogenicas e do valor clinico da anuria na febre amarella

CADEIRA DE ANATOMIA TOPOGRAPHICA E MEDICINA OPERATORIA EXPERIMENTAL

Da intervenção chirurgica no cancro do utero

THESE

APRESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 29 de Setembro e sustentada a 14 de Dezembro de 1883 pelo

Dr. José Pedro d'Araujo

Filho de José Pedro d'Araujo e D. Firmiana Joaquina d'Araujo

NATURAL DE MINAS GERAES

RIO DE JANEIRO

Typ. HAMBURGUEZA DO LOBÃO — Rua do Hospicio 149 e 151

1883

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

DIRECTOR—Conselheiro Dr. Vicente Candido Figueira de Saboia.

VICE-DIRECTOR—Conselheiro Dr. Antonio Corrêa de Souza Costa.

SECRETARIO—Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

Drs.:

LENTES CATHEDRATICOS

Nome	Cadeira
João Martins Teixeira	Physica medica.
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceió	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire Junior	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Maia	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Conselheiro A. C. de Souza Costa	Hygiene e historia da medicina.
Conselheiro Ezequiel Corrêa dos Santos	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José ds Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Viceute Torres Homem. Domingos de Hlmeida Martins Costa	Clinica medica de adultos
Conselheiro Vicente Candido Figueira de Saboia. João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica de adultos.
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophthalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Nome	Cadeira
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica medica e mineralogiea.
Antonio Caetano de Almeida	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Anatomia descriptiva.
Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Benicio de Abreu	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.

ADJUNTOS

Nome	Cadeira
José Maria Teixeira	Physica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologica.
. . . .	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
. . . .	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
. . . .	Pharmacologia e arte de formulart
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologica.
Francisco de Castro. Eduardo Augusto de Menezes Bernardo Alves Pereira Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitaa Crissiuma Francisco de Paula Valladares. Pedro Severiano de Magalhães Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Paulo de Carvalho	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiticas.
Carlos Amazonio Ferreira Penna	Clinica ophthalmologica.
. . . .	Clinica psychiatrica.

N. B.— A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

Á MEMORIA SAUDOSA

DE

MEU INFELIZ PAI O SNR.

JOSE' PEDRO D'ARAUJO

(MORTO A 9 DE ABRIL DE 1880.)

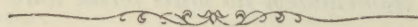
Homenagem do mais terno amor filial

A' MINHA MUITO AMADA E CARINHOSA MÃI

D. Firmiana Joaquina d'Araujo

E

A MEUS IRMÃOS

D. Maria Carolina de Araujo Andrade
D. Ambrosina Catharina de Araujo
D. Elisa de Araujo
João José de Araujo
Clementino Campos de Araujo
Adolpho Campos de Araujo
Aureliano de Araujo

A MEU CUNHADO, PRIMO E INTIMO AMIGO

JOAQUIM PEREIRA DE ANDRADE

A MEUS PARENTES

Particularmente a meu estimado amigo, tio e compadre

PIO PINHEIRO DA SILVA BRANDÃO

E SUA Exma. FAMILIA

E AOS BONS AMIGOS

Illmos. Srs.

Antonio Pedro de Figueiredo

Prudencio Pereira de Andrade

Major Antonio Honorio Pires d'Oliveira

Francisco Martins de Oliveira Guedes

e suas Exmas. familias

A MEU RESPEITAVEL PROTECTOR E AMIGO O ILLUSTRADO

E EMINENTE CLINICO

Dr. Antonio Felicio dos Santos

E Á SUA ESPOSA A EXMA. SRA.

D. Etelvina Felicio dos Santos

RECONHECIMENTO E AMIZADE

A MEUS VERDADEIROS AMIGOS

AO CARIDOSO E EMERITO PRACTICO

DR. JOAQUIM VIEIRA DE ANDRADE

Preito ao saber e á virtude

Aos Illmos. Srs.

Commendador Jeronymo José Ferreira Braga

Theodosio Luiz Ferreira

E suas Exmas. familias.

Ao Illm. Snr.

Commendador José João Martins de Pinho

Amisade e gratidão.

Á MEUS AMIGOS DO SERRO

A MEU RESPEITAVEL AMIGO

Dr. Joaquim Bernardino Pereira de Queiroz

A meu amigo o Illm. Sr.

Joaquim Marques Guimarães

E Á

EXMA. SRA. D. MARIA BAPTISTA DE S. GUIMARÃES

AOS COMPANHEIROS DA LUCTA

Dr. Heitor de Paula Valle | **Dr. Mathias de Vilhena Valladão**

Um abraço fraternal e saudades

Ao Illm. Sr.

A. B. DE OLIVEIRA BARROS

E sua Exma. familia

A meus collegas e intimos amigos

Dr. Bernardino de Lima

Dr. Messias dos Reis

Dr. Feliciano Penido

Miguel Pereira Guimarães

Dr. Alvaro da Matta Machado

Dr. Dario Augusto Ferreira da Silva

Jeronymo José F. Braga Junior

AO ILLUSTRADO PROFESSOR DO COLLEGIO DE PEDRO II

ALFRED ALEXANDER

E AO ERUDITO

Dr. Jacintho Cardoso da Silva

Tributo de apreço e sympathia.

A MEUS ALUMNOS

do Instituto de Humanidades, Externato Hewitt e Collegio Almeida Martins

DISSERTAÇÃO

Hœmorrhage is by far the most frequent source of danger to the parturient women; and since it is so common in occurrence, so alarming in its effects, this accident calls for the most anxious and serious attention.

(RAMSBOTHAM).

HEMORRHAGIAS PUERPERAES

INTRODUCÇÃO

> Omnis, quœ a ratione suscipitur de aliquâ re, institutio, debet a definitione proficisci, ut intelligatur quid sit id de quo disputatur.
>
> (Cic.—*De Officiis.*)

Todos os autores antigos empregarão a palavra *puerperal* (de *puerpera,* mulher recemparida) para designar a qualidade de puerperio, condição do estado da mulher parida de pouco. Plessman em 1798 investigando a etymologia do adjectivo estendeu-lhe a significação ao parto, firmando-se em que puerperal vem de *puerperium*, expressão usada por Plinio para denominar a parturição. Mais modernamente os autores transpozerão com grande escandalo a questão de origem, perdêrão o respeito á tradicção historica e pretendem que o estado puerperal não póde restringir-se ao parto e alguns dias posteriores; porém deve-se recuar a accepção nos dois limites extremos, abrangendo de um lado a prenhez e a fecundação, de outro a lactação inteira ou a volta dos menstruos, quando esta falha. Dizem elles que estudos modernos mostrão o organismo inteiro da mulher se modificando gradualmente em todas as suas partes durante a gestação, a parturição e a lactação; que essas transições se fazem de um modo iusensivel; que, finalmente, em quanto a natureza não córta todos os laços necessarios entre a mãi e o filho desde a impregnação até o desmamar, não ha linha de demarcação possivel n'esta intima successão de

factos representando um só e mesmo estado, que é preciso chamar *puerperal*. E accrescentão ser isto tão verdadeiro, que a maior parte das molestias chamadas puerperaes tem a prenhez e sobretudo o parto por ponto de partida. Assim pensão Monneret, Jacquemier, Cazeaux, Blot, Tarnier, Peter, Charpentier, Delore e a maior parte dos praticos contemporaneos.

Outros autores, e destes citaremos Depaul, Pajot, Lorain, Rondet, Courty, Stoltz, Saboya, argumentão que nenhum dos motivos allegados é razão para confundir-se puerperalidade, que é um estado, com as funcções que lhe são precursoras e de que este é apenas consequencia; comparando as condições novas da recemparida com as anteriores da gravidez no estado physiologico ou pathologico elles nada encontrão de semelhante; na prenhez tudo tende á hypertrophia, depois do parto predomina a atrophia; o estado puerperal influe tão grave e funestamente nos accidentes morbidos intercurrentes, que Bouillard chamou-o semipathologico; no estado puerperal póde o sangue da mulher conter principios septicos partindo de um fóco de infecção, nada de semelhante se observa no estado interessante: achão pois desnecessario desviar a accepção primitiva do vocabulo, o que importaria ainda a confusão.

Infelizmente esta é já inevitavel, e, não querendo mesmo levar em conta as opiniões dos que fazem datar a puerperalidade das primeiras dôres preparantes do parto ou da época de viabilidade do feto, não será muito facil conciliar duas convicções tão magistralmente defendidas, assim como acertar que motivos são mais imperiosos em tão oppostas maneiras de ver.

E' bem provavel, todavia, que a accepção moderna do vocabulo *puerperal* seja não só a mais coherente com as necessidades da physiologia e pathologia da gravidez, do parto e dos phenomenos posteriores a este, mas tambem a que daqui em diante se figurará mais philosophica a todos os espiritos, acabando por prevalecer definitivamente.

Na interpretação inversa, com effeito, o unico argumento sério é a dessemelhança das condições que precedem e seguem o parto, deduzida de um paralello entre os dois estados; essa razão entretanto avulta menos que á primeira vista figura, além de não ser absoluta. Na recemparida, como bem disse Monneret, ha uma addição de phenomenos novos apenas que se repercutem sobre o estado geral da mulher, impressionando-a talvez de um modo mais particular; Tarnier, para reconhecer esse facto, propõe, adoptando uma feliz expressão do Dr. Legroux, o nome de grande

estado puerperal para o periodo transitorio da parturição, reservando o de pequeno estado puerperal para a série de modificações observadas durante a gravidez e a lactação.

Os dois estados, porém, não deixarão de ser connexos e solidarios; a linha de demarcação physiologica e nosologica existe apenas em apparencia; *natura non fecit saltum;* não se póde interromper a successão proxima dos phenomenos da geração, desconhecendo a reciproca dependencia e estreita relação em que se achão. As modificações organicas e funccionaes da prenhez influem sobre as doenças intercurrentes de um modo accentuado e grave, assim como o estado da recemparida; e se a regra é considerar-se este como mais funesto no ponto de vista de predisposição, como verdadeira diathese morbida como o exagera Stoltz, não poucas vezes veremos a condição gravidica não só engendrando molestias que podem cessar com o parto, como complicando manifestações morbidas muito mais grave e funestamente que o puerperio. « E' ocioso, diz Raymond, agarrar-se ao sentido historico da palavra e transformar um assumpto interessante por tantos pontos de vista em uma questão byzantina de etymologia. » « A historia da sciencia, disse-o o Sr. Jaccoud não é a historia de seus erros. »

Decidimo-nos, pois, com nosso mestre Dr. Feijó filho, pela opinião dos que chamão puerperal o periodo decorrido entre a concepção de um lado e a reapparição dos menstruos depois do parto de outro; assim, como Charpentier definimos « HEMORRHAGIAS PUERPERAES » todas as perdas sanguineas que se podem produzir na mulher prenhe ou parida desde o momento da concepção até a volta dos menstruos depois do parto; ou hemorrhagias da prenhez, do trabalho, do delivramento e dos dias subsequentes a este.

Sómente nos occuparemos das metrorrhagias puerperaes, as mais frequentes como causa accidental de dystocia ou complicação do delivramento, cedendo as outras aos meios therapeuticos communs applicados a todos os derrames sanguineos, ou á terminação artificial do parto nos casos graves, se o trabalho estiver adiantado.

Estudaremos: 1.º Hemorrhagias dos seis primeiros mezes da prenhez; 2.º Hemorrhagias dos tres ultimos mezes e do trabalho de parto; 3.º Hemorrhagias *póst-partum.*

A natureza deste trabalho justifica a impossibilidade de apresentarmos á consideração dos doutos mais que uma compilação bem intencionada; a importancia clinica do ponto, em que já tanto insistirão os autores, e

alguma predilecção por estudos que se prendem de algum modo a melhorar a sorte das mãis de familia, ainda tão pouco cuidada em nossa patria em relação á pratica dos partos, determinarão a escolha do assumpto.

Nem só achar verdades é um serviço; divulgal-as é descobril-as de novo: toca aos primazes da sciencia o primeiro officio, ás concepções mediocres já é muito caber o segundo.

PRIMEIRA PARTE

Hemorrhagias dos seis primeiros mezes da prenhez

O estudo das hemorrhagias dos seis primeiros mezes da gestação confunde-se com o do aborto, a que se achão intimamente ligadas como causa, consequencia ou coincidencia, e do qual não podem ser separadas no ponto de vista clinico sob pena de muito perderem em interesse e importancia; a frequencia d'este accidente levou Mercatus á crença de que a maior parte dos ovulos fecundados e embryões morrerião no seio materno, opinião exagerada certamente, e na apparencia apenas justificavel pela multidão de causas geradôras do aborto. Para bem estimar o valor d'estas devemos lembrar, porém, desde já, as palavras do eminente Pajot, tão festejado por seu fino espirito e facetos conceitos : « Virão-se prenhezes desconhecidas tratadas por meios os mais violentos, mesmo a cauterisação do collo uterino, seguir seu curso; emquanto que em outras um murrão de vela mal espivitado produzira accidentes graves. »

Etiologia.— *Causas predisponentes.* Estas causas derivão (A) das modificações funccionaes e organicas actuaes ou da prenhez; (B) de um estado anterior constitucional ou organico da mulher.

A. 1. A prenhez torna a circulação geral mais activa e augmenta a massa total do sangue, trazendo em algumas mulheres, ainda que raramente, todos os symptomas de uma verdadeira plethora; e na maior parte a plethora serosa ou hydremia, caracterisada por um accrescimo de sérum com diminuição de globulos vermelhos, ferro, albumina e de fibrina durante os seis primeiros mezes.

As pesquizas sobre a composição do sangue nas mulheres gravidas levarão mesmo Scanzoni, Frërichs e Vogel a assignalar em alguns casos alterações de ordem pathologica, constituindo um verdadeiro estado morbido. Estes estados tão oppostos obrão de modo diverso, mas dão resultados identicos occasionando multiplas hyperemias por augmento de tensão arterial ou venosa; ora desde o momento da concepção o utero parece concentrar em si toda a vitalidade, verdadeiro centro de fluxão para onde convergem e onde vão repercutir-se todas as desordens funccionaes. « O *nisus formativus*, díz Barnes, obra qual uma *vis a fronte*, e attrahe o sangue com força para os vasos uterinos; emquanto a procura equivale á offerta e os vasos conservão-se sãos, a extravasação não se dá: mas que se perturbe esse equilibrio—a hemorrhagia terá lugar. »

Estas palavras resumem tudo quanto se possa invocar como causa primitiva ou efficiente das perdas sanguineas durante a prenhez, e não é já agora difficil perceber porque todas as circumstancias forão accusadas de predispor para o aborto ou determinal-o.

A prenhez em certas mulheres nervosas, pallidas ou lymphaticas, parece aggravar a impressionabilidade de sua debil constituição; ora mais felizes, ora apaixonadas, romanticas e preoccupadas do perigo de sua nova posição, essas creaturas são extremamente sensiveis ás acções reflexas, que podem facilmente occasionar a congestão uterina; ellas accusão uma indolencia e preguiça das funcções, assim como certa atonia dos tecidos muito favoravel ás hyperemias passivas locaes, « sobretudo nos orgãos vasculares como o utero, cuja circulação repousa em parte na contractilidade das fibras » (Jacquemier).

Em outras mulheres nada autorisa a confirmar uma predisposição geral, e a frequencia das hemorrhagias uterinas durante a prenhez fez taxar de idyosincrasia tão triste privilegio.

2. E', porém, nas modificações locaes do utero que vamos descobrir as condições pathogenicas do accidente que estudamos, acompanhando a evolução dos phenomenos physiologicos e anatomicos nas phases successivas que a natureza desenrola no scenario mesmo da reproducção da especie. Logo depois da fecundação do ovulo observa-se para o lado dos orgãos genitaes um estado de orgasmo e turgencia congestiva, entretendo n'esses pontos uma vitalidade toda nova destinada ás transformações que ahi se vão dar, e ao desinvolvimento do producto da fecundação; essa excitação anormal, comparada pelos autores a um gráo visinho da inflammação, se acompanha de uma notavel espessura da mu-

cosa uterina e da secreção e organisação de productos plasticos destinados a segurar o ovo. N'essa occasião a hemorrhagia póde ser o resultado de uma exagerada actividade organica ou de mui pronunciada volta do esforço catamenial. Mais tarde a rica vascularisação da caduca, sobretudo no ponto de adherencia com as delicadas villosidades choriaes do ovo que acaba de installar-se, explica facilmente a frequencia de fócos congestos e hemorrhagicos tantas vezes encontrados em sua espessura, sob a influencia da mais ligeira causa determinante ; na terceira e quarta semana os laços vasculares são extremamente frageis para resistir a hyperemia entretida pelo novo hospede, e então podem-se romper.

No segundo mez a vascularisação nova exagera-se, a placenta entra francamente em via de formação, e com ella esse enxame de vasos sanguineos que sahindo da face interna do utero e externa do chorion se vão contornar e multiplicar de mil maneiras abraçando-se em varios sentidos e entrelaçando-se em todas as direcções, para se soldarem depois em uma massa unica em contacto com a caduca inter-utero-placentaria. Uma contracção das fibras musculares moderada póde desembaraçar os vasos do excesso de sangue que distende suas paredes ; se ella porém for intensa, spamodica, diz Jacquemier, produzirá um descollamento á custa dos vasos inter-utero-placentarios ou despedaçamento dos vasos da caduca uterina. Em geral a ruptura tem lugar atraz da placenta e perto de sua circumferencia ; então podem-se dar vastas collecções ou simples infiltração. No primeiro caso o sangue se aloja em uma depressão que se fórma e ahi stagna-se, ou a onda avança até ganhar o orificio uterino por onde escôa-se mais ou menos abundantemente ; no segundo ha infiltração, reabsorpção ou transformação successiva ulterior.

Essas hemorrhagias podem-se dar na caduca constituindo o que os autores denominarão *apoplexia placentaria*, *thrombose*, *hematoma* da placenta ; mais raras vezes se encontrão entre o chorion e o amnios mesmo, transformando a maior parte do ovo em uma massa sanguinea tomada por simples coalho por pessoas extranhas á arte, sobretudo nos abôrtos dos primeiros mezes.

Com o desinvolvimento da prenhez o augmento progressivo do volume do utero embaraça mechanicamente a circulação de grossos troncos produzindo a *stase* sanguinea nos vasos dos membros inferiores, bacia e utero ; « faz-se então um refluxo nas veias uterinas com tanto mais razão quanto ellas são desprovidas de valvulas ao menos durante a

gestação » (Jacquemier). Este autor, estudando a disposição e calibre dos vasos uterinos, notou que de um lado o sangue arterial encontra nas ramificações uterinas cavidades mais amplas nos novos vasos desinvolvidos na espessura do orgão; de outro teria lugar o contrario passando o sangue das vastas galerias vasculares das veias uterinas para troncos de diametro consideravelmente desproporcional: elle concluio que haveria retardamento na circulação uterina, engurgitamento do systema venoso e stase sanguinea. Cazeaux objecta que a lentidão da corrente dos troncos arteriaes para as ramificações é compensada pela rapidez desta ao passar dos capillares venosos aos troncos onde desembocão. Joulin a proposito observa com algum máo humor que quando se acredita ver uma disposição desfavoravel na circulação de um orgão, póde-se affirmar com segurança que o observador vio mal, pois a mechanica humana nunca apresenta erros de construcção. »

Jacquemier sustenta que a hemorrhagia é sempre de proveniencia venosa; depois as veias uterinas dispõem de uma tunica apenas, são menos elasticas que as arterias: Garimond e Cazeaux pensão que é de origem arterial. Attendendo-se á acção das causas que produzem a hyperemia não é difficil de concluir que a perda podendo ser de origem arterial mais vezes é venosa, como pensa Charpentier.

Do terceiro ao quarto mez já o abôrto se desdobra em dois tempos, a placenta póde descollar-se só em parte, pois as suas adherencias com o utero são n'esta occasião resistentes, e ser retida até oito dias, ou mais excepcionalmente um e dois mezes depois da expulsão do embryão. O meu illustrado conterraneo Dr. J. Vieira de Andrade referio-me um interessante caso d'este genero; M. Wym Williams (da America) observou mesmo um facto de retenção de placenta posterior ao abôrto durante tres mezes (1.)

A mulher perde mais ou menos abundantemente sangue emquanto resta no utero o minimo fragmento de membranas.

Gendrin achou outra predisponente em certas contracções irregulares da triplice camada muscular do utero, causadas por excitação interna ou externa e observadas do terceiro mez em diante; esta causa produziria ainda congestão placentaria.

Do quinto ao sexto mez essas predisponentes são menos va-

---

(1) *Annales de Gynecologie*—1883.

liosas em razão mesmo de haver passado o primeiro trabalho de metamorphoses do ovulo e com elles a revolução inicial de destruição e organisação dos elementos anatomicos transitorios da nova funcção gestadôra.

B. A estas causas ligadas á condição gravidica outras remotas se podem ajuntar; assim mulheres de temperamento sanguineo, rosadas, e abundantemente menstruadas, e outras gordas, stereis particularmente predispostas se concebem, segundo Stoltz; mulheres franzinas, irritaveis e nervosas; as que se casão cêdo quando a evolução geral e genesica é ainda incompleta, ou muito tarde quando as funcções se degradão já: finalmente as que tomão um esposo em qualquer das duas hypotheses, ou contrahem casamento consanguineo, não podendo em taes casos gosar o producto da concepção de mais que de uma existencia ephemera (Jacquemier); estas mulheres estão todas predispostas á hemorrhagia e ao abôrto. Entre os habitos o uso e abuso do alcool, certos excessos, leituras apaixonadas, frequencia de funcções e festas ou espectaculos, a intemperança; a herança (Depaul); molestias agudas que perturbem a respiração, circulação e calorificação; affecções chronicas, sobretudo as diatheses syphilitica, scrofulosa, e herpetica, e a hemophylia, hypoalbuminose, etc.; de outro lado doenças do orgão gestador, retroversão, metrites, phlegmasias, induração do collo, schirro, neoplasias do corpo e do collo, adherencia do utero ao peritoneo, e orgãos visinhos e ainda lesões d'estes, etc., são outras tantas predisposições.

Causas occasionaes. — Citemos em primeira linha as emoções moraes tão exageradas nas mulheres gravidas; um pesar violento, uma contrariedade da fortuna, uma alegria repentina, uma sorpresa, um susto inesperado, a nostalgia, o ciume, o amor, a cholera, a mais frequente destas causas (Stahl), emoções que trazem uma commoção do organismo, a qual se reflecte no utero congestionando-o subita e persistentemente.

As violencias externas, quédas, traumatismos, equitação, exercicios estouvados podem trazer a ruptura dos vasos uterinos, descollocamento da placenta por interposição do sangue, ou a morte do feto; os hebreus por isso condemnavão á pena capital quem maltratasse physicamente uma mulher gravida. Entre os habitos encontramos o uso do espartilho e de vestidos apertados, os resfriamentos, trazendo embaraço de circulação. O coito voluptuoso e frequente além do *traumatismo coujugal*, na expressão de Jacquemier, e da irritação vaginal que traz uma fluxão

reflexo, que Lecat denominou phlogose amorosa, acompanha-se em algumas mulheres de uma exaltação sensivel, que póde dar lugar á contracção uterina. Pajot crê na influencia do facto no caso de predisposição especial, Depaul attribue-lhe dois terços dos casos de aborto. Playrfair, Duchatelet e Jacquemier attribuem a essa causa a frequencia de aborto nas prostitutas, o que nos parece tanto mais verdadeiro quanto se sabe que o aborto é frequente nas pejadas, que servem para o exercicio do tocar nas maternidades de clinica didactica.

O habito menstrual segundo os autores é uma forte causa determinante sobretudo nas hemorrhagias dos primeiros mezes; Boerhave affirmou que de dez abortos dados n'esta época, nove coincidirião com a época do fluxo catamenial; todos os autores citarão factos de menstruação durante a prenhez, e só Elsæsser reuniu cincoenta casos: muitos parteiros considerão porém taes arremedos menstruaes como simples hemorrhagias, opinião a que nos inclinamos, respeitando observações de mulheres só menstruadas durante a prenhez muitos annos successivos, referidas por Churchill e Deventer, facto de que o Sr. Dr. Feijó filho teve um caso em uma preta na maternidade do hospital da Misericordia. (1)

São ainda causas occasionaes certas doenças agudas, febres traumaticas, febres eruptivas, pneumonia, febre amarella ou perniciosa, etc., a nevralgia lombo-abdominal segundo Mitchell, certos vicios de conformação da bacia como a coarctação do estreito superior, doenças do orgão gestador, tudo o que póde trazer a morte do feto, affecções placentarias, placas fibrinosas ou infiltrações sanguineas, lesões da caduca, inflammações de amnios, ou ainda alterações, torsão, nós, e brevidade do cordão, doenças dos orgãos visinhos, emfim todas as causas do aborto « que mui variadas e numerosas põem em contribuição a pathologia inteira no que ella tem de mais obscuro e complexo » (Jacquemier). Entre estas se achão os emmenagogos e mais raramente a inserção viciosa de placenta nas hemorrhagias do quinto ao sexto mez. Burns e Busch citados por Chantreuil virão sobrevir desde o terceiro mez hemorrhagias em mulheres nas quaes havia inserção viciosa de placenta, e segundo Stark, Sirelius e Barnes essa causa produziria frequentemente o aborto do terceiro ao quarto mez; essa opinião não parece demonstrada a Chantreuil, que a acceita com toda a reserva: talvez que nesses

(1) Communicação oral.

casos a placenta prævia fosse uma simples coincidencia da hemorrhagia, verdadeiramente ligada a causas diversas.

Symptomatologia. Muitas vezes a hemorrhagia uterina se manifesta inopinadamente e nas melhores condições de prenhez a mulher é bruscamente accomettida de uma perda; a regra porém é ser esta precedida de prodromos, prenuncios da tempestade que se arma para o utero. A paciente se queixa de uma dôr em um ponto do utero, na região sacra, no hypogastro acompanhada de fadiga, mau estar geral, indolencia dos membros e frequentes necessidades de micção e defecação; ao lado destes symptomas de congestão uterina podem-se notar os de plethora geral com todo seu cortejo. Quando a contractilidade precede a congestão além de mau estar observão-se ás vezes calefrios irregulares, ou erraticos, e movimentos spasmodicos dos membros. Ha casos em que estes symptomas são mascarados, poucos accentuados, como nos abortos muito prematuros, e até silenciosos; quando existem precedem a hemorrhagia por um espaço de tempo variavel de algumas horas a muitos dias segundo a natureza da causa. Quando a extravasão tem lugar, depois de uma perda copiosa póde-se notar pallidez da face, fragueza do pulso e, nos casos graves, abaixamento de temperatura, lipothymia, depois alterações do facies, soluços, delirio ou coma, convulsões, suores frios e a morte.

Se a perda é insignificante, o sangue não chega ao exterior, aloja-se na caduca ou annexos do feto e a perda é *interna;* mais vezes porém a fluxão é abundante, o sangue extravasado ganha o canal utero-vaginal e a perda é *externa.*

A. No primeiro caso a hemorrhagia leve póde-se dar silenciosamente; grave, porém, póde trazer descollamento da placenta, ou apoplexia placentaria, manifestando-se por sensação de peso, dôres lombares, colicas, cephalalgia, vertigens, anciedade précordial, etc.; então a primeira quantidade de sangue, que ganha o orificio uterino do collo, tem tempo de coagular-se e obtural-o; o acumulo de liquido se faz no interior podendo-se notar desinvolvimento subito e notavel do ventre, tensão da parede uterina ou verdadeira fluctuação: se o feto morre então por descollamento placentario, emvista da massa sanguinea represada, na prenhez adiantada deixar-se-ha de perceber os movimentos activos d'aquelle; as vastas hemorrhagias internas são todavia mui raras nos seis primeiros mezes.

B. Na perda externa o sangue depois de acumular-se no utero corre para o exterior a principio com abundancia, ora de um modo continuo e sem interrupção, ora em golphadas que voltão depois de curtos intervallos; a perda suspende-se para tornar com certa força ou por jactos, e assim continua com alternativas de diminuição, suspensão e augmento, segundo Jacquemier. Até o segundo mez esse fluxo em geral pouco abundante muito se assemelha em sua marcha e apparição ao corrimento catamenial, com o qual as mulheres commummente o confundem. Do segundo ao terceiro mez se o feto está morto, a hemorrhagia é tanto mais leve quanto mais tempo ha decorrido após o decesso; ha pouca tendencia á perda, mas esta póde ser muito tenaz e prolongar-se de uma a duas semanas; a estes signaes se ajuntão os da morte do feto, notão-se modificações para o lado dos seios e do collo uterino, que póde estar entreaberto, e signaes geraes variaveis segundo a época da prenhez e o tempo decorrido depois de sua morte. Se o feto está vivo não é raro observar-se phenomenos geraes francos, desordens circulatorias, dôres sacro-lombares irradiando-se para as coxas, pulso forte e accelerado, ás vezes febre franca: se as contracções continuão augmentando o descollamento do ovo, a perda se faz a cada dôr. Emfim o ovo vivo tendo mais seguras adherencias com o organismo materno exige maiores esforços do utero, o trabalho póde-se prolongar e com elle a hemorrhagia; outras vezes a hemorrhagia primitiva depaupera e enfraquece a paciente antes que o trabalho de expulsão haja começado, sem que o collo haja experimentado a dilatação, que não se observa n'esta época. Do terceiro mez ao quarto a expulsão se faz em dois tempos ás mais das vezes, o ovo é todo placenta no dizer de Pajot, esta tem volume maior que o embryão, e se a expulsão deste teve lugar, a retenção de membranas póde dar-se, pois de um lado a contracção uterina é fraca para vencer tão intimas adherencias; de outro o orificio que deu passagem ao embryão é pequeno para a massa placentaria que o tem de atravessar; se o descollamento é parcial a perda é em geral consideravel, podendo no caso de descollamento total ser moderada ou só abundante no momento da expulsão da placenta. Quando restão no utero fragmentos de membranas, o que não é difficil explicar attendendo as intimas adherencias da caduca n'esta época, cheia ainda de vitalidade e não facil de exfoliar-se como na prenhez a termo, a hemorrhagia persiste sempre com uma marcha irregular e póde-se tornar perigosa mais por sua duração que pela quan-

tidade de sangue de cada nova perda. Hecking e Cumin citados por Charpentier referirão casos mesmo de retenção durante quatro mezes e meio depois do aborto Segundo Devilliers, do quinto ao sexto mez as perdas são menos abundantes e prolongadas; e quasi sempre secundarias pois o descollamento tem lugar depois da expulsão do feto; salvo casos de inserção viciosa, em que a perda póde ser fulminante, ou grave hemorrhagia interna (traumatismo, etc). N'esta época os symptomas de expulsão já se approximão dos do parto prematuro.

Diagnostico. As perdas *internas* leves sobrevindas nos primeiros tempos da prenhez se revelão por symptomas obscuros e confusos furtando-se de um modo deploravel ao diagnostico; nos vastos derrames internos o descollamento do ovo seria a consequencia e com elle o augmento de volume do utero de um modo rapido, observando-se de outro lado os symptomas precursores do aborto que já se ensaia, ou o grave cortejo symptomatico das grandes perdas.

Nas hemorrhagias *externas* o sangue extravasado póde ser expressão de uma reapparição menstrual retardada, sobretudo nos primeiros mezes em que são tão precarios os signaes de gravidez, deixando já de parte os casos de menstruação durante a prenhez; outras vezes a hemorrhagia depende de uma affecção da vagina ou do utero.

Como encontrar a verdade em tão embaraçosa emergencia?

Segundo Charpentier deve-se insistir na causa do accidente e procurar esclarecel-a por todos os meios; todavia o diagnostico n'estes casos será ainda por muito tempo illusorio emquanto os progressos da Obstetricia não nos offerecerem criteriums seguros para reconhecer a prenhez nos primeiros mezes. Comtudo « se uma mulher habitualmente bem menstruada cessa de sel-o subitamente sem causa apreciavel, se essa suppressão é acompanhada de outros phenomenos racionaes de prenhez, se as dôres persistem apesar da hemorrhagia, se apparecerão sob a influencia de causa violenta, se tem alguma cousa de insolito em sua intensidade e duração, póde-se concluir que trata-se de um aborto; o diagnostico adquire mais certeza se a hemorrhagia é abundante, se ha coalhos e alguma dilatação do orificio do collo » (Cazeaux).

Reconhecida a prenhez, resta-nos inquirir se a hemorrhagia é premonitoria do aborto, se está sob dependencia de um aborto incompleto ou se é consecutiva á completa expulsão do ovo. 1°. Os symptomas geraes do aborto, sobretudo a marcha lenta da perda sanguinea, ensaios

de contracção uterina percebidos pela apalpação, o exame dos coalhos hemorrhagicos e do estado do collo permittirão em muitos casos reconhecer a perda primitiva. 2.º Quando porém o practico é chamado tarde se a perda ha sido abundante a situação é mais embaraçosa; nos casos de retencão de membranas depois da expulsão do embryão, quando nada é possivel colher a respeito dos caracteres do sangue a marcha da hemorrhagia, a natureza do corrimento sanguineo são os unicos meios de chegar ao diagnostico; a perda reapparece com frequencia, exacerba-se, suspende-se insidiosamente para fazer explosão n'um momento dado, e não cessa em quanto as membranas são retidas: de outro lado o sangue sahe misturado de mucosidades e detritus negros com parcellas de secundinas, a infecção putrida declara-se, os lochios são fetidos, podendo estes phenomenos comprometter a saude da paciente se o practico não intervem de qualquer modo. Emfim os autores citarão factos de membranas transformadas no utero em molas carnosas que são expulsas mais tarde, ou de reabsorpção de placenta (Nægele, Osiander, etc). 3º. A hemorrhagia posterior ao aborto, raramente dependente de inercia simples, é quasi sempre causada pela expulsão incompleta dos annexos fetaes.

Prognostico.—*a.)* As hemorrhagias leves raramente comprometem a prenhez, porém se ellas se repetem muitas vezes acabão por determinar o aborto; muitas vezes mesmo ellas são a expressão da morte do feto determinada por perdas internas ou causas diversas. De um modo geral, ellas produzem tanto mais vezes o aborto quanto mais nova é a gravidez quando são mais ou menos graves.

Quando a causa productora é de acção lenta, quando ha phenomenos geraes que conjunctos possão trazer a interrupção da prenhez, sobretudo se a mulher foi sujeita a abortos anteriores, uma prophylaxia acertada ou uma vigilança attenta, prompta á primeira manifestação do derrame sanguineo podem vir muito a tempo e attenuar a significação d'este. Tivemos occasião no fim do anno passado de prestar cuidados a uma pessoa de nossa familia, pluripara, casada, victima de hemorrhagias uterinas e abortos anteriores que tendo-se curado de uma chloro-anemia confortou-se e concebeu; no principio do quarto mez manifestou-se uma perda leve de marcha irregular que se prolongou por alguns dias. A observação de certas cautelas hygienicas aconselhadas, a prescripção de alguns tonicos e correctivos da nutrição, algumas gottas de laudano em

chlyster bastarão para suspender completamente a hemorrhagia ; e quando escrevemos estas linhas ella tem já dado a luz com o mais feliz successo a uma creança do sexo feminino.

Ha entretanto causas bruscas de acção immediata que trazem subitamente desordens irreparaveis, e que é impossivel prevenir, assim como não se póde arredar bôa porção das predisponentes, as quaes, digamos de passagem, influem certamente mais que as determinantes na producção do accidente que estudamos. Charpentier entre outros referio todavia observações em que o aborto não seguiu-se depois de graves extravasações ; mas havendo em taes casos um descollamento parcial da placenta, o feto prejudicado em seu desinvolvimento póde ainda mais tarde morrer na cavidade uterina ; queremos crer pois que nas graves perdas a prenhez em regra é compromettida.

b).—Em relação á mulher a gravidade varia com a época da prenhez, a intensidade das causas productoras e o estado constitucional da paciente, pois, em diversidade de condições, uma hemorrhagia sem consequencia em uma, póde ser até fatal em outra paciente.

Nas primeiras semanas, quasi sempre pouco abundantes essas perdas não passão de uma indisposição ; do segundo ao terceiro mez ellas podem ser mais sérias ; mas é do terceiro ao quarto que ellas podem ser gravissimas por sua duração e frequencia. N'esta época além da retenção de placenta não é raro observar-se a inercia como consequencia do cansaço e do esgotamento do utero incapaz de desembaraçar-se dos annexos fetaes ; a perda póde voltar caudalosamente e siderar a puerpera, quando a septicemia não sobrevem em um organismo prostrado e sem energia vital. Do quinto ao sexto mez menos facil de dar-se póde comtudo sobrevir formidavel a hemorrhagia. Comprehende-se pois com que reservas é necessario pronunciar-se sobre o desfecho actual ou posterior em taes casos ; tanto mais quanto observações se tem registrado, e não são rarás, de hemorrhagias abundantissimas, cercadas as vezes de circumstancias deploraveis, acompanhando-se desse sinistro concerto de symptomas graves que annuncião uma terminação proxima, pondo em alarma e consternação a familia e os amigos, e em que a morte não sobreveio ! E' que a mulher ainda aqui como em tudo se parece com a creança : nunca em taes casos o prognostico póde ter precisão, e releva ser discreto no juizo a proferir.

Quando a perda poupa a mulher, isto é, quando esta salva-se em

risco de vida, a saude ulterior compromette-se e sobrevem um estado de fraqueza e anemia de que a infeliz tem muitas vezes difficuldade em restabelecer-se : de todas as causas a mais funesta n'este ponto de vista é o aborto provocado por emmenagogos ou manobras internas.

Tratamento.—A. Em primeira linha apontaremos os meios preventivos e prophylacticos no intuito de corrigir toda essa serie de predisposições funccionaes e accidentaes que em concurso com a mais leve causa occasional podem muitas vezes perturbar a marcha da prenhez.

Nas mulheres de temperamento sanguineo, vigorosas, o regimen moderado, a sobriedade, as sangrias muitas vezes repetidas durante a gravidez ; nas chloro-anemicas ou lymphaticas os tonicos amargos, ferruginosos, arsenicaes, vinhos generosos, o pó de sabina (Sauter), banhos frios e de mar antes ou durante a prenhez ; nas diatheses os meios apropriados sobretudo na syphilitica os mercuriaes, na herpetica os arsenicaes, na cachexia palustre o sulphato de quinino, a pereirina, o vieirino; nas affecções dos orgãos da geração, deslocamentos uterinos, endometrites, ulceração varicosa do collo, etc., as indicações correctivas e curativas ; em todas as mulheres combater a constipação, prohibir o uso de espartilhos, que entretem a congestão uterina, mas organisações impressionaveis e nervosos vedar as diversões apaixonadas, a presença no leito conjugal, n'uma palavra fazer observar os preceitos hygienicos da prenhez, e no caso de abortos anteriores precisar a causa do accidente e providenciar de modo a subtrahir a prenhez á reproducção de taes embaraços.

Quando os prodromos da perda uterina se manifestão annunciando a hyperemia que se manifesta em definitiva, seja qual for a causa primeira, é necessario aconselhar o repouso physico e moral, o decubito horisontal com a bacia um pouco elevada, meio de que se não deve abusar pois pòde trazer a inapetencia entre outros inconvenientes ; o silencio, ar livre junto ao leito da emferma, alguns laxativos brandos para desimpedir o ventre, tisanas temperantes ligeiramente aciduladas, compressas frias no baixo ventre, na parte interna das coxas ou orgãos genitaes, são meios ainda muito aproveitaveis. Se os symptomas não se dissipão o laudano de Sydenham na dóse de 15 á 20 gottas, precedido de um clyster emolliente de malvas ou glycerina (Charpentier), administrado por via rectal de manhã e de tarde, ou mais vezes se é necessario : o opio é admiravelmente tolerado pelas mulheres pejadas e

chegou-se administrar 40, 60 e 100 gottas de laudano em vinte e quatro horas sem accidente. Duncan foi mesmo a dar onça e meia em nove horas e 100 gottas nos seis dias posteriores ao accidente (!).

Nas mulheres que recusão os clysteres Charpentier prescreve suppositorios de 1 centigrammo de extracto de belladona, 2 centigr. de chlorydrato de morphina e q. s. de manteiga de cacáo; mas prefere o laudano.

Nos casos de plethora verdadeira se o pulso é cheio e frequente, a constituição athletica, em vez de uma leve sangria de 150 a 200 grammos practicavel em outros casos, a sangria geral póde ser muito util segundo Depaul, Deviliiers, Pajot, Triaire e Cazeaux.

Todavia as idéas modernas sobre o valor desse meio espoliador nos impõem extrema reserva no seu manejo. « Sangrar em uma perda incipiente, sem conhecer se ella cessará ou se prolongará é accender uma vela pelas duas extremidades, diz Hubert. » Smellie e Gendrin louvarão ainda as emissões locaes na vulva, anus, verilhas, e ao nivel das gotteiras sacras; Clertan deveu-lhes muitos successos. Outros as aconselhão longe da bacia sobretudo nos seios; n'esse caso a sympathia entre estes e utero contribuiria para o successo.

B. Se a hemorrhagia apparece apesar d'estes cuida dos, ou se havendo já começado zomba d'elles, restão-nos os sinapismos longe da bacia, injecções frias no collo do utero rejeitadas por alguns, o gelo, o acido borico empregado pela eschola italiana, o nitrito de amyla (Barnes) e o chloroformio, meios todos inferiores ao laudano.

Se a perda grave se acompanha de dores intensas e expulsivas, se o collo admitte a penetração do dedo, se, na prenhez adiantada, as membranas estão rompidas, o aborto é inevitavel. A primeira indicação, diz Barnes, é esvasiar o utero, que ao contrahir-se irá cerrar os orificios vasculares. Levret e Hohl inventarão pinças e Stark propoz um simulachro de colher para extracção do ovo; mas, como diz o eminente parteiro inglez, esses instrumentos arrancão o ovo em vez de descollal-o delicadamente, e o dedo é um instrumento intelligente que descolla o ovo como a casca de um fructo, e não por avulsão, devendo ser preferido. A paciente estando deitada e com as pernas dobradas em flexão e as coxas, com uma das mãos o operador sustenta o fundo do utero de cima para baixo o que torna o collo mais accessivel na vagina; com a outra neste canal elle introduz o dedo que deve em geral pene-

trar até o fundo do utero para extrahir o ovo; muitas vezes é desnecessaria a introducção da mão na vagina, o que é muito doloroso, devendo-se empregar o chloroformio quando se houver de o fazer.

No caso de retenção de membranas os autores se dividem pensando uns que se deve o mais promptamente possivel terminar o delivramento e outros que se deve esperar, apenas auxiliando e corrigindo os esforços da natureza. Barnes aconselha a therebentina e o tampão como meios hemostaticos, emquanto se dilata o collo com a haste de laminaria para extrahir as membranas; em taes casos somos d'aquelles que aconselharão a expectação *armada*, entre outros Baudelocque, Lachapelle, Moreau e Pajot. Póde comeffeito a parturiente extenuada e exhaurida as mais das vezes n'estes casos, ou por lentidão do trabalho ou duração da perda, resistir tão graves manobras? De outro lado não são estas muitas vezes infieis e pouco seguras em seus resultados? Só entendemos que se deva intervir quando haja signaes de putrefacção de membranas ou quando a hemorrhagia ameaçadora, incessante, caudalosa o exige.

Se assim não acontece podemos applicar o *tampão*, que determina não só a formação de coalhos obturadores que se oppõem á passagem do sangue, como por sua irritação sobre o collo augmenta a contracção uterina; sómente seria necessario vigiar a sua applicação na prenhez adiantada para prevenir a perda interna. Na segunda parte deste trabalho faremos a descripção do tamponamento vaginal.

O centeio esporado só deve ser empregado se a placenta pendente já do collo conserva-se presa ao utero por insignificantes fragmentos.

Além desses meios aconselhou-se a electricidade, as titillações do collo, a sabina e o sulfato de quinino.

Este ultimo meio, que se emprega então na dóse de cincoenta centigrammos a dois grammos, parece util sobretudo como agente ocytoxico no caso de retenção de placenta; graças a elle o Dr J. Senna (de Minas) um dos talentos mais conspicuos e cultivados que fazem honra a esta Faculdade, salvou minha mãi de igual accidente depois de um aborto de tres mezes e meio, formidavel hemorrhagia, começo de infecção putrida e os mais graves e desesperadores symptomas.

Quando o corrimento é fetido applicão-se injecções detersivas e desinfectantes de permanganato de potassio (1:100) ou de acido phenico (1:1000); em caso de septicemia o Dr. Alexander depois de uma perda, empregou injecções hypodermicas de acido phenico de quatro em quatro horas com uma solução de $2\frac{1}{2}$: 100, aquecida a 33,° conseguindo com-

bater a hyperthermia, e obter o restabelecimento prompto e completo da enferma (1). Depois de sustada a perda deve-se combater as consequencias d'esta; Burns aconselha o opio como excellente meio de dissipar o mau estar e prostração de forças; o Dr. Chéron recommenda o arseniato de strychnina que, sobre sua acção sobre o utero, tem a vantagem de obrar como tonico, sendo portanto superior á ergotina. A formula de que usa é: 1 centigr. de ars. de strychnina, e 1 decigrammo de extracto de belladona para 20 pilulas, de que se administra até seis no maximo antes de cada refeição (2).

E' ocioso recommendar quanta vigilancia e attentos cuidados devem rodear nos dias subsequentes uma enferma que escapa a tamanho perigo.

(1) *New-York—med. journal and obstetr. review.*— Agosto de 1882.

(2) *Revue Medico—chirurgicale des maladies des femmes.*—Janeiro de 1883.

SEGUNDA PARTE

Hemorrhagias dos tres ultimos mezes da prenhez e do trabalho de parto

---

Na inserção normal de placenta muitas das causas geradoras do aborto podem trazer uma hemorrhagia durante o ultimo trimestre da prenhez ou durante o trabalho; a ruptura do cordão umbilical, a retracção brusca do utero, o thrombus vulvo-vaginal, as rupturas do corpo ou do collo uterinos são realmente causas especiaes imputaveis de hemorrhagias d'esta época; mas nenhuma representa em sua producção, quanto á frequencia, o papel proeminente da inserção viciosa de placenta, a que é preciso attribuir quasi todas as perdas que sobrevem antes ou durante o trabalho.

Rigby chamou *accidentaes* as primeiras, reservando a denominação de *inevitaveis* para as segundas; em rigor uma e outra expressão são infieis e rejeitaveis. Por convenção e commodismo acceitaremos com os autores a primeira apenas, estudando em primeiro lugar o accidente mais commum e depois tratando rapidamente das outras perdas.

I. HEMORRHAGIAS POR INSERÇÃO VICIOSA DE PLACENTA

Quando a placenta em vez de inserir-se no fundo do utero, como acontece normalmente, ou nas paredes lateraes, implanta-se na visinhança do orificio interno do collo ou sobre este, diz-se que ha inserção *viciosa*, ou placenta *prævia*, na phrase dos parteiros inglezes. Ainda que os autores antigos tivessem occasião de encontrar a placenta na região inferior do utero, foi Portal em 1685 o primeiro de seus contemporaneos

que notou a sua inserção n'este ponto; porêm as pesquizas de Levret, diz Depaul, constituem a memoria mais importante que a este respeito haja sido publicada no seculo ultimo. Levret demonstrou irrespondivelmente a existencia da anomalia, relatando factos de observação propria e dados necroscopicos communicados á Academia de sciencias de França, citando consignações semelhantes de Petit, Platner, Heister, Von Hoorn e Schächer, cuja observação remonta ao anno de 1709. Pensa Charpentier, porém, que só de Baudelocque (1824) para cá admittiu-se o facto, começando então a reacção contra os erros antigos, que não tardou a exagerar-se; chegando Gusserow a considerar como excepção aquillo que hoje se chama inserção normal.

Tres variedades distinctas admittem os autores pela maior parte: 1.ª inserção *total* ou *central* sobre o orificio do collo que seria coberto pela placenta centro a centro; 2.ª *parcial;* 3.ª *marginal*, ou nas visinhanças do orificio, sem attingil-o. Mme. Lachapelle admittia mesmo uma quarta variedade *intra-cervical* na cavidade do collo uterino, ainda contestada por alguns autores; em uma memoria lida á sociedade de Medicina de Paris em 1881 o Dr. Marshall sustenta a existencia da variedade intra-cervical ou primitivamente, fixando-se o ovo directamente na cavidade do collo, ahi nutrindo-se e desinvolvendo-se; ou secundariamente de modo que o ovo em meio de seu desinvolvimento normal passasse em consequencia de circumstancias particulares da cavidade do corpo para a do collo « onde contrahiria novas inserções placentarias; tal prenhez ectopica mais frequente nas primiparas não é mui rara, e termina necessariamente no momento da extrema extensilidade do collo, isto é habitualmente para o terceiro mez. » A primeira especie observada por Tarnier, Rokitansky, e Pajusco entre outros, é acceita por Thevenot que considera a segunda como forma de aborto com retenção mais ou menos prolongada do ovo.

Frequencia. Müller sommando os resultados das maternidades de varios paizes e as estatisticas de alguns parteiros notaveis, sobre 876.432 partos achou 813 vezes a inserção viciosa de placenta, ou uma vez em 1.078; em relação á idade em 248 casos notou maior frequencia (73 vezes) dos trinta a trinta e cinco annos; em relação ao numero de prenhezes em 1.474 casos apenas 127 mulheres erão primiparas e 1.347 multiparas. Jüdell admitte 21 casos por 100 na producção do aborto, e quanto a recidivas Müller só notou 7 vezes em 923 casos. Emfim é rara

na prenhez dupla, tem-se encontrado em pessoas da mesma familia e segundo Müller a inserção central seria mais frequente nas pluriparas, que nas primiparas.

Causas. No estado actual da sciencia nada ha de positivo a este respeito; hypotheses erroneas, extravagantes ou imaginosas se hão defendido sem que nenhum facto claro as tenha sanccionado. Assim para Schurigius era a estação de pé depois do coito fecundante; para Scanzoni o amollecimento e relachamento do utero unidos á dilatação de sua cavidade; para Cazeaux uma tumefacção insufficiente da mucosa, indo o ovo reter-se no ponto mais declive onde seria fecundado, hypothese contradictoria, segundo Depaul, com o que se sabe hoje sobre o ponto da fecundação; emfim Sirelius pensava em contracções pathologicas trazendo um aborto suspenso; Guattani a attribuia á dansa e certos allemães a creem epidemica (!)

Anatomia pathologica. A placenta prævia em regra é menos pesada que a normal a termo, muito mais delgada e extensa em um dos diametros que pode ser o duplo ou o triplo do transverso, trazendo-lhe a forma de ellypse allongada; mudanças de forma mais curiosas se tem observado ainda: « algumas vezes, diz Sirelius, ella se apresenta como uma membrana sobre toda a superficie do chorion, ou ha duas placentas distinctas, ou, o que é mais frequente, a placenta é incompletamente dividida por um sulco que vai do bordo livre ao meio d'esta.» Essa atrophia, na inserção central, da porção que cobre o orificio só é acceita por Matthews Duncan em casos muitos raros; e Braün não a attribue como Sirelius a modificações ovulares primitivas, porem a uma separação sobrevinda prematuramente a este nivel da placenta. Não é raro ver uma porção transformada em tecido conjunctivo ou degenerescencia gordurosa, d'ahi cotyledones isolados, placenta *succenturiada*. Na placenta normal a espessura cresce da circumferencia para o centro o que seria inverso na inserção viciosa central (Genth, Rigden); esta nota acceita pelos autores parece contestada por Ingerslev (de Copenhague). Segundo este autor que se basea em 31 casos, a visinhança do ponto em que se insere o cordão é a unica parte espessa e compacta e o resto do orgão apresenta o aspecto de uma membrana semeada de grupos villosos, que formão protuberancias nodosas na superficie do chorion, podendo o disco

placentario affectar a forma de uma ferradura (1). Muitas vezes ella constará de lobulos separados por pontes membranosas, e examinando-a encontrão-se os cotyledones visinhos do orificio achatados, a substancia placentaria como amontoada sobre si mesma, e o microscopio revela uma metamorphose conjunctiva do tecido placentario, reunida á degenerescencia gordurosa dos elementos das villosidades. Müller considera este estado não como degeneração de derrames sanguineos ou infiltrações, mas como da essencia mesmo da placenta prævia de que é characteristico.

Se a hemorrhagia tem lugar só no momento do trabalho o tecido placentario apresenta-se deprimido, homogeneo, incorporado ao sangue, e fragil. Se sobreveio muitas vezes antes, porem, o segmento inserido no collo é mais extenso, e as alterações do bordo descollado não são as mesmas em todos os pontos. Gendrin divide então a placenta em tres zonas concentricas. Na central o tecido é denso, amarello-grisco, fragil e atravessado de filamentos esbranquiçados ; ahi se notão coalhos adherentes, e na superficie manchas brancas mais ou menos confluentes ; na intermedia o tecido é friavel de mais, interrompido na continuidade de sua trama por fócos sanguineos ; na mais excentrica encontrarão-se alterações observaveis nos casos de inserção parcial, e apoplexias nas camadas superficiaes. As alterações mais internas ou das zonas concentricas correspondem ás hemorrhagias mais antigas. Segundo Müller e Braün o cordão mais frequentemente nascendo fóra do centro, teria sua inserção no bordo mais visinho do collo, o que explica a frequencia de sua procidencia.

Mechanismo da hemorrhagia. Antes de Levret e Rigby o tratamento destas hemorrhagias era puramente empirico, pois a placenta prævia era considerada uma causa inevitavel destas. Levret foi o primeiro auctor que fundamentou uma theoria sobre o seu mechanismo : até o quinto mez o collo não toma parte no desenvolvimento do utero, mas a partir deste momento elle concorre tambem para ampliar a cavidade do orgão, encurta-se, e sua base dilata-se. A placenta fixa sobre esta não pode acompanhal-a em seu alargamento, e dahi ruptura dos laços vasculares e hemorrhagia.

Esta doctrina, transmittida tradicionalmente e acceita sem exame por todos os parteiros na Inglaterra, Allemanha e França, era fundada

---

(1) *Annales de Gynecologie*, Março de 1883.

sobre um erro anatomico e não explicava todos os casos, entre outros os de inserção marginal; Stoltz, Duncan, Weitbrecht demonstrarão, porém. que a dilatação do collo bem longe de dar-se de cima para baixo fazia-se em sentido inverso, era pois necessario formular outra hypothese coherente com os factos, por quanto a theoria de Levret e Velpeau quando muito poderia explicar as perdas das ultimas semanas da prenhez e do trabalho de parto. Era justo que coubesse a Jacquemier orientar a opinião scientifica e trazer uma interpretação que é ainda hoje acceita pela maior parte dos praticos contemporaneos. Para elle a hemorrhagia não depende da inserção viciosa sobre o orificio interno, mas de suas relações com o terço inferior do utero; ora é no ultimo trimestre que as fibras deste segmento se desinvolvem rapidamente, em quanto que as dos dois terços superiores o fazem nos seis primeiros mezes, tornando-se o utero ovoide de piriforme que era ; de outro lado o desenvolvimento da placenta é muito mais rapido durante a primeira que durante a segunda épocha da prenhez.

Ora quem não vê n'esse desincontro de desinvolvimento, n'essa falta de parallelismo no crescimento do continente e do conteúdo, ligado á anomalia da inserção placentaria, o repuxamento das superficies superpostas, a ruptura do tecido cellulo-vascular, o descollamento e a hemorrhagia ?

Assim concebida esta theoria satisfazia a todas as interrogações da questão, e não lhe foi difficil conquistar a vaga deixada ao lado da antiga explicação, que permaneceu para as perdas do fim da prenhez e do trabalho.

Observou-se entretanto casos authenticos de inserção viciosa sem hemorrhagia durante a prenhez, e casos mais raros em que ella falhou mesmo durante esta e durante o trabalho ; em rigor a explicação de Jacquemier e Levret poderia applicar-se aos casos de inserção parcial, mas não assim nos de inserção central. Jacquemier attribuia o facto ou a um descollamento total, ou de um lado apenas em uma certa extensão até o orificio, dando-se lentamente e muito antes do trabalho ; coalhos obturarião os seios uterinos, que depois experimentarião um processo obliterador. Simpson explica o phenomeno pelo descollamento da placenta e morte do feto, sustentando falsamente que o sangue da hemorrhagia provem da placenta. Barnes observando a ausencia da perda em um caso em que o feto estava vivo imaginou em 1845 a sua conhecida theoria. Elle divide o globo uterino em tres zonas por dois circulos parallellos

ao seu equador; a do fundo ou superior é a zona de inserção normal; a do centro ou do meridiano, não perigosa quanto a descollamento prematuro, mas podendo causar obliquidade uterina e suas consequencias; a inferior sobre a qual a inserção é perigosa, podendo haver descollamento durante o trabalho.

Quando a dilatação do orificio chegou a seu termo necessario e as contracções uterinas parão a hemorrhagia do ponto descollado (zona cervical), o trabalho torna-se normal, e é para ahi que convergem os esforços da natureza, embora muitas vezes mallogrados. Na perda durante o trabalho o primeiro descollamento é devido a um excesso de desinvolvimento do orgão sobre o do collo, que não foi detinado para *viver em paz* com a placenta; a hemorrhagia nada tem que ver com o trabalho, é frequente na época do *nisus* catamenial, que favorece o descollamento sobre os bordos do orificio tornando a placenta mais ampla que a superficie de sua implantação, o que traz a perda: sob a influencia da irritação produzida por este primeiro descollamento, da infiltração da placenta, ou de coagulos inter-utero-placentarios, a contracção apparece e póde descollar o resto do orgão até o circulo polar inferior, cujo limite deve-se conhecer com precisão, e que fica mais ou menos a 76 millimetros do centro do orificio.

Operado o descollamento inevitavel da zona cervical, se a hemorrhagia persiste, é porque ou o utero não está *maduro*, sua potencia contractil é insufficiente n'esta epocha; ou porque as anteriores perdas diminuirão e prostrárão a força vital. Depaul objecta, assim como Matthews Duncan antes d'elle, que esse excesso de expansão do ovo deveria então trazer o seu descollamento quando a inserção é no fundo muito mais vezes, pois que este no septimo ou oitavo mez tem attingido seu inteiro desinvolvimento: Charpentier quer fazer sentir que antes de Barnes, Legroux affirmára que a hemorrhagia se fazia durante a diastole uterina, e que o sangue acumulado durante esta era expulso pela systole.

Bitot (1) explica a ausencia ou pouca frequencia da perda, pela irregularidade de disenvolvimento do utero no segmento inferior; tal desinvolvimento, enorme na parede antero-inferior, é menos notavel na lateral e insignificante na postero-inferior; por outros termos, em tempo igual a região posterior cresce como dois ou tres, emquanto a anterior amplia-se como oito ou dez; facto que deve evidentemente influir na

---

(1) These de Paris — 1880.

epoca e extensão do descollamento. Assim de accordo com a orientação da placenta se poderia fixar a lei da epoca e abundancia da perda desde os vastos derrames até a ausencia d'estes. Jüdell foi o unico que notou em suas observações a importancia da orientação placentaria, e portanto a falta de dados experimentaes e observados adião o juizo que se possa pronunciar sobre a influencia da *longitude* da inserção na producção d'estas hemorrhagias.

Delore rejeita a opinião de Jacquemier e attribue a perda em todos os casos ás contracções insensiveis do utero observaveis sobretudo do sexto mez em diante, maxime á noite ; haveria um augmento de pressão na cavidade uterina que iria decrescendo do fundo do utero para a parte visinha do orificio, e o sangue affluiria para um ponto mathematico em que a pressão é zero, dando-se ahi a ruptura dos seios placentarios, e hemorrhagia, que persistiria uma vez abertos os vasos (1). Esta opinião nem por si tem o merito de novidade, pois já M. Duncan, depois de sustentar que as perdas da placenta prævia, raramente dependentes do descollamento do orgão, sobrevem mais vezes : 1.º pela ruptura de um vaso utero-placentario ao nivel ou acima do orificio ; 2.º da ruptura de um seio marginal na area do descollamento prematuro, espontaneo, na inserção parcial e marginal ; 3.º pela separação parcial da placenta produzida por um choque, queda, etc.; 4.º pela separação parcial da placenta, consequencia de contracções uterinas, que determinão ligeira dilatação do orificio uterino, diz «que são estas hemorrhagias favorecidas por condições anatomicas particulares no caso de inserção viciosa, tão bem como por outras circumstancias de que algumas são conhecidas tal é o augmento da pressão do sangue, pressão qne seria menor se a placenta fosse inserida normalmente» (2). Bitot finalmente observa que este ultimo autor faz intervir o traumatismo, quando é characteristico destas perdas sobrevirem durante o repouso.

Assim não seria para a natureza d'este trabalho expor e criticar todas as impugnações que se tem feito ás theorias mais notaveis sobre esta interessante questão, ainda pendente. De resto não é talvez errado affirmar, que, á força de quererem encontrar uma lei mathematica presidindo ao mechanismo das perdas da prenhez e do trabalho nas diversas

---

(1) Delore et Lutaud, — *Traite' practique de l'art des accouchements.* — Paris, 1883.

(2) Matthews Duncan, *Sur le mechanisme de l'accouchement, et recherches sur l'insertion vicieuse du pl.*, trad. de Budin — 1876.

variedades de inserção viciosa, e interpretar de um modo uniforme as consequencias da anomalia, os auctores desviarão-se um pouco mais do que era necessario. Pensamos que seja impossivel achar uma interpretação dos factos contra a qual não seja facil arvorar observações clinicas em desaccordo. Por contar com essas excepções á regra, no fim de conta explicaveis mais ou menos satisfatoriamente, preferimos a theoria de Jacquemier e Levret, porque ella nos parece mais em harmonia com a physionomia clinica d'estas hemorrhagias, acreditando, com a observação dos autores, que em certos casos estas são apenas *accidentaes*

Em certos casos a ausencia de hemorrhagia se póde explicar pela retracção uterina consecutiva á ruptura das membranas antes do trabalho e pela applicação da cabeça do feto sobre o segmento inferior no qual esteja inserida a placenta, á maneira de um tampão interno.

Emfim, segundo Duncan, o mechanismo de cessação da perda se faz ainda por meio de coalhos nos vasos ou ao nivel da superficie hemorrhagipara, mudanças de forma nos seios uterinos, anemia local ou geral, diminuição ou ausencia de uma pressão sanguinea indirecta, pressão exercida pelo feto, separação parcial ou completa da placenta, escorrimento do liquido amniotico e marcha do trabalho.

Marcha e diagnostico. Ordinariamente as hemorrhagias na placenta prævia, raramente unicas, são separadas por intervallo de um mez tres semanas, quinze, oito, dois dias e mesmo algumas horas. Simpson em 89 casos notou 3 antes do sexto mez; do sexto ao septimo 5; do septimo ao oitavo 19; do oitavo ao nono 19; e no nono mez 43 vezes. Segundo Nægele e Ingerslew, a epoca do primeiro derrame seria tanto mais remota do trabalho, quanto *mais baixa* fosse a inserção. A perda sobrevem no repouso, durante o somno ou uma preocupação pacifica; é pois insidiosa e sem prodomos. A mulher acorda banhada em sangue, ou mais frequentemente a primeira manifestação é insignificante e passa desapercebida, sendo mui variavel sua duração de algumas horas a dois ou mais dias; uma segunda extravasação sobrevem depois mais accentuada; uma terceira abundante e dentro de um menor periodo de tempo, sendo, de um modo geral, a intensidade da perda e proximidade de sua apparição na razão crescente da proximidade do trabalho.

A hemorrhagia é sempre externa e pode parecer continua, ou cessar algum tempo para reapparecer de novo; o sangue misturado de coalhos tem tendencia a esta forma: as perdas graves por intensidade ou

duração, não dispensão os symptomas geraes de esgotamento, prostração anemia, intumescencia da face, lypothimias, as vezes febre, calefrios e até convulsões. Com estes elementos o diagnostico quasi se impõe, todavia o tocar é ainda fonte de preciosos signaes, devendo-se sómente respeitar os coagulos obturadores em certos casos. Antes do trabalho, quando o orificio do collo está ainda cerrado ou assaz resistente para impedir o dedo de chegar ao ovo, nos casos de inserção central ou parcial, póde-se notar um augmento de volume d'aquelle appendice, como edematoso em vista da enorme vascularisação da visinhança, um empastamento mais que normal de todo o segmento inferior do utero, o collo muitas vezes doloroso ao tocar (Barnes), sendo difficil perceber a presentação fètal e impossivel obter o *ballotement* ou *balanceamento* (Dr. Souza Lima). Estando o orificio aberto o dedo percorre a cavidade do collo sem encontrar nada de particular, e no caso de inserção central póde directamente tocar uma massa esponjosa, mamillosa, como elastica deixando-se deprimir sem se deixar penetrar : emfim a superficie externa do chorion apresenta rugosidades inteiramente characteristicas, que só bastão para affirmar que a placenta está por perto (Depaul).

Porro acreditava que pelo speculum podia-se reconhecer a placenta no quinto ou sexto mez da prenhez, em vista da extrema vascularisação do collo e do segmento inferior do utero, de que já fallamos ; Balocchi menos idealista aconselha simplesmente a auscultação das paredes abdominaes, como ordinariamente se faz. No caso de uma producção neoplasica o parteiro guiar-se-ia pelos antecedentes ou pela marcha da hemorrhagia ; a sensação de couve-flor ao tocar, seria characteristica do cancer (Depaul). Emfim antes de Legroux ensinava-se que a hemorrhagia da inserção viciosa se fazia durante a dôr, ou contracção do utero ; este autor mostrou que esta apenas determina a expulsão do sangue accumulado no bojo uterino durante a diastole.

Prognostico. A. As presentações placentarias, em relação á vida da mãi, dizia Ramsbotham, são sempre a fonte de um extremo perigo ; Simpson achou nas estatisticas mortuarias de alguns autores a proporção de 1 : $3\frac{3}{5}$, donde conclue que o accidente é tão grave como a febre amarella e o cholera-morbus, e duas vezes tão perigoso como a operação da lithotomia. E' mais grave nas primiparas porque a lentidão do trabalho e a resistencia dos orgãos atrazarão a terminação do parto, prolongando a perda ; as hemorrhagias antes do trabalho são em

geral tanto mais funestas quanto mais cedo se declarão; ora na inserção marginal justamente se observão esses derrames frequentes e cada vez mais abundantes, que podem exigir uma intervenção em si mesma já muito grave; as inserções parcial ou central são duas vezes mais terriveis que a marginal, pois além da hemorrhagia durante a prenhez podem trazer um vasto derrame durante o trabalho, as contracções podem ser em pura perda em vista da resistencia das membranas de que resulta a inercia uterina com suas consequencias, ou a placenta descollada completamente póde ser levada diante da extremidade fetal. De todas as presentações a de craneo é a mais favoravel á mãi, pois apressa a dilatação do orificio e permitte terminar o parto pelo forceps; mas a de espadua, infelizmente frequente n'este caso—pois Depaul encontrou-a uma vez em cada nove casos, emquanto que na inserção normal a relação é de 1 para 150 ou 200 partos—é uma das mais lamentaveis complicações. A morte do feto seria favoravel á mãi, mas a adherencia e retenção de placenta são tambem graves complicações. Passada a tempestade, a mulher ainda póde ser victima de desordens nervosas e outras perturbações ligadas á anemia; emfim ella está sujeita a todas as consequencias dos traumatismos e contusões produzidos pela intervenção chirurgica de que não são raras a septicemia, febre puerperal e hemorrhagias posteriores. Müller em 921 casos achou 212 mortes, sendo:

Mortas durante o parto ou pouco depois . .	94
Antes do parto	18
Febre puerperal	54
Molestias diversas	46
Total	212 $= \frac{1}{4,34}$ ou 23 o/o

B. Em relação ao feto a mortalidade seria de 64 o/o; Simpson e Churchill pensão que não se deve modificar uma conducta perante a hemorrhagia de placenta prævia, sob a consideração de salvar o feto; Barnes não é tão exclusivo.

As fontes de perigo para o producto da concepção n'este caso são a asphyxia ou falta de nutrição por descollamento da placenta, uma hemorrhagia pela ruptura de vasos do cordão, má presentação, e prolapso do cordão; outras vezes o feto não é ainda viavel, ou sendo-o esta sujeito a todos os perigos do parto artificial.

Tratamento.— Os meios geraes e palliativos applicaveis nas perdas dos primeiros mezes da prenhez são quasi inuteis em presença das hemorrhagias por inserção viciosa; algumas vezes são nocivos porque fazem perder um tempo precioso n'esta triste contingencia, e ha entre elles alguns mesmo contraindicados como a sangria e o opio; é necessario empregar então recursos energicos em uma tão urgente situação.

Os antigos parteiros n'este caso practicavão coherentemente o parto forçado, e esse desastrado processo foi até Levret o meio exclusivo da arte, adoptado sem escrupulo, quando este autor limitou sua indicação aos casos de inserção central. Mas com os progressos da Obstetricia elle não podia permanecer sosinho no arsenal tocologico, e os perigos mesmo de uma tão brutal norma abrirão aos praticos uma orientação, senão menos empirica, quando nada mais prudente e menos funesta; dahi por diante o tratamento d'estas hemorrhagias adquiriu mais precisão e modernamente é todo empenho dos practicos salvando a mãi, diminuir tanto quanto possivel o perigo de vida do feto. Varia em relação com a epoca da hemorrhagia, com a sua gravidade pela abundancia, duração ou frequencia, com o estado do collo e das membranas, finalmente com a presentação do feto.

A. Hemorrhagias antes do trabalho.— Quando a perda é moderada, sobretudo apparecendo muito cedo, sem dores nem contracções, podemos esperar, empregando os meios geraes hygienicos, repouso, bebidas acidulas etc., mas velando attentamente a mulher; se ella se torna de qualquer modo seria, se resiste ás applicações frias locaes, Dubois Cazeaux, e Charpentier empregão o centeio esporado em dose hemostatica (2 gr. em 3 doses de 10 em 10 minutos), Depaul não confia em sua virtude no caso actual e teme alguns de seus inconvenientes (contracções irregulares tetaniformes, retracção do orificio interno); tal meio proscripto por Desormeaux e Velpeau, quando se póde contar com a vida do feto, é formalmente contraindicado nos casos de estreitamento da bacia, lesões organicas do utero e presentação de espadua, em que poderia occasionar rupturas uterinas. Mas o meio heroico é o *tamponamento* da vagina, mais ou menos previsto e empregado pelos antigos, mas só generalisado desde 1776 por Leroux; o tampão é um dique á torrente sanguinea destinado a trazer a coagulação do liquido de proximidade em proximidade até a obstrucção das bocas vasculares; ao mesmo tempo

irritará o collo sollicitando as contracçães expulsivas, estas dilatarão o orificio e permittirão as manobras posteriores.

Dentre as substancias empregadas para esse fim o linho e o algodão são em geral preferidos, mas em caso urgente servem a estopa a isca e a esponja; o Snr. Saboya prefere mesmo esta ultima e um chirurgião francez em um apuro sustou uma grave hemorrhagia com a propria peruca (caso de Baudelocque). Outros empregão bexigas de caoutchouc cheias de ar como o pessario de Gariel, ou de agua como o colpeurynter de Braün, utilisado entre nós vantajosamente pelo Dr. Werneck.

O tampão classico se compõe de méchas de linho reunidas, formando um todo solido para obturar hermeticamente a vagina; tomão-se 500 ou 700 grammas de linho, divididos em tres porções; da primeira se fazem bolinhas do volume de uma pequena noz ligadas por um longo fio, da segunda o mesmo sem os fios; a terceira é deixada em natureza: mais cinco ou seis compressas em quadro, uma atadura em T, emfim ceroto, oleo, cold-cream em quantidade sufficiente completão o apparelho.

Para introduzil-o começa-se por fazer uma injecção de agua fria na vagina para retirar os coalhos, e esvasia-se a bexiga pela sonda e o rectum por um clyster, havendo tempo; embebe-se então as primeiras mechas com fios em oleo ou ceroto e introduz-se orientando-as nos fundos de saco posterior e anterior com o dedo esquerdo que ficará de demora no fundo da vagina, tendo se o cuidado de deixar os fios do lado exterior. Depaul rejeita o spéculum para esta operação, e acha-o nocivo. Em seguida amontoão-se apertando com dextresa e delicadeza as mechas restantes, passando ás segundas até entepir os tres quartos da vagina, e enche-se o resto com linho embebido em ceroto até a borda da vulva. Finalmente guarnece-se o orificio d'esta com linho secco em quantidade, applica-se tres ou quatro compressas longas e fixa-se o todo com a atadura em T.

Os allemães e inglezes servem-se do speculum, introduzem um lenço cujas pontas estejão para fóra e enchem o seu bojo com méchas de linho; mais facil certamente para retirar-se, tem este tampão o inconveniente de não se accomodar bem aos fundos de saco vaginaes.

Barnes aconselha retirar o tampão no fim de uma hora; Depaul e Charpentier o deixão durante 14, 24, e mesmo 36 horas, vigiando escrupulosamente a paciente; retirão-n'o e replicão-n'o até que o trabalho esteja adiantado: rompem as membranas quando o collo permitte a terminação

do parto que effectuão pelo forceps ou pela versão, extrahindo logo após a placenta.

Pajot e Bailly preferem n'este caso deixar ao tampão a propriedade de apressar o parto; Bailly não o retira no momento das dores, mas sustenta-o com a mão apparando-o e impellindo-o para a cavidade no intervallo d'estas; e só quando as contracções mui energicas dão a entender que o parto vai-se terminar, administra 1 a 2 grammas de centeio para ajudal-as e assegurar a retracção.

Este processo mais nocivo ao feto, foi impugnado por Charpentier, cujas objecções se podem assim resumir: *a*). Havemos de limitar-nos ao tampão nas presentações viciosas do feto, nos estreitamentos de bacia e em casos de procidencia de um membro? *b*). Póde o tampão ser conservado nos casos em que a perda continuando depois da ruptura das membranas, transformar-se-ia em interna, posto que raramente? *c*). Nos casos de extenuação tão rapida n'estas perdas, e fraqueza da contracção não se deve ir em auxilio da natureza? *d*). Não se conseguirá applicar hermeticamente o collo e a parte fetal, que se apresenta, contra o tampão; e a manobra de sustentar e impellil-o para vagina só logrará excoriar este canal o que póde ter consequencias.

O methodo de Bailly só tem applicação, pois, em casos excepcionaes.

Como se vê o tampão não é sempre um hemostatico innocuo, indifferente ao successo da prenhez que elle interrompe muitas vezes; a hemorrhagia grave, porém, tendo lugar habitualmente do septimo e meio mez em diante, época em que o feto é viavel, attenua esse inconveniente; no fim de contas a gravidade do caso justifica o emprego do meio. Tambem se accusou o tampão de transformar a perda externa em interna e por mais ardentes que sejão as contestações de seus enthusiastas, não o podem desculpar d'essa pécha, sendo necessario vigiar muito a sua applicação, retiral-o depressa, romper as membranas e mesmo terminar o parto ao primeiro signal alarmante.

B. Hemorrhagias durante o trabalho.— Se a perda é insignificante no começo do trabalho póde-se esperar que o orificio se dilate ou torne-se dilatavel; quando isto acontece rompe-se as membranas e dá-se o centeio se as dores são fracas ou remotas; no caso de já estarem rompidas se a presentação é boa, é mais prudente esperar administrando o centeio que accelerará as contracções. Se a perda per-

siste ou se é grave desde o começo, não havendo dilatação do collo, rompe-se as membranas pelo METHODO DE PUZOS. Este autor aconselhava introduzir um ou muitos dedos no orificio do collo e procurar afastar mechanicamente seus labios, com força gradual, interrompendo de tempo em tempo a manobra. A dor e as contracções intumescem o sacco amniotico que se deve logo romper; haveria contracção do utero, constricção vascular e descida da extremidade fetal que completaria a obliteração das bocas vasculares exhalantes.

A maior parte dos parteiros adoptão este processo que conta reaes triumphos; sómente nos casos de inserção central uns perfurão a placenta com o dedo (Deventer, Rigby), outros com longo trocater (Baudelocque) outros, e pela maior parte, descollão o bordo da placenta.

Se a hemorrhagia não cessa e o collo não se dilata, a situação é embaraçosa e critica! Barnes e Chassagny tamponão o collo com seus dilatadores, Simpson extrahe a placenta, Depaul aconselha incisões rasas sobre o bordo do orificio rijo e o parto forçado pela versão ou pelo forceps, pois que o tamponamento seria n'este caso muito reservado e perigoso, havendo lentidão do trabalho.

Emfim quando ha dilatação do collo rompe-se as membranas e se a perda não cessa termina-se o parto pelo forceps se a cabeça se acha na excavação; pela versão podalica nas presentações de tronco e quando a cabeça se acha acima do estreito superior; e extrahe-se prudentemente o feto na presentação de pelvis.

Depois da extracção da placenta a conducta a seguir é a mesma que nas hemorrhagias *pôst-partum*.

II. HEMORRHAGIAS ACCIDENTAES

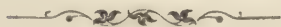
Quando a inserção da placenta tem lugar no fundo do utero as hemorrhagias do termo da prenhez são raras; Lachapelle e Depaul são n'este ponto muito affirmativos. Em alguns casos porem ellas sobrevem tendo por causa um descollamento da placenta, uma ruptura do cordão ou de seus vasos (Velpeau, Cazeaux), uma ruptura do utero ou um thrombus vulgo-vaginal. O descollamento placentario pode provir das contracções uterinas mais accentuadas no fim da prenhez, que dão lugar a uma pequena extravasação, por sua vez trazendo augmento de contracção e maior superficie de descollamento; outras vezes está ligado a um affluxo excessivo e sobretudo repentino de sangue para o utero e pla-

centa, e cujas causas forão estudadas na primeira parte d'este trabalho; emfim basta accrescentar que os movimentos fetaes n'esta epoca ou o coito bastão para despertar em certos casos a contracção, e o descollamento, placentario será a sua consequencia. Segundo Barnes estes accidentes serião mais observaveis nas mulheres multiparas, gastas por doenças ou vicios de nutrição, depauperadas, e maiores de trinta e cinco annos. Nos casos de prenhez dupla a retracção do utero descollando a placenta do segundo feto depois da expulsão do primeiro, poderia trazer uma grave hemorrhagia se um longo intervallo se interpozesse aos dois partos. A perda quasi sempre interna ou mixta se annuncia por uma viva dor no fundo do utero, collapsus, uma grande distensão do bojo uterino, syncope, pallidez, agitação, as vezes surdez e amaurose (Barnes); a pelle fria e viscosa, o pulso fracc, dicroto ou miseravel, etc.

O prognostico é grave e a morte pode sobrevir antes mesmo do delivramento, quando o choque produzido por este não termina a tragedia; todavia está sujeito ás circunstancias que acompanhão o caso e á época mesmo em que se é chamado, ou se reconhece a natureza do mal.

Tratamento. A indicação unica é apressar o parto; perfurar as membranas é a primeira cousa a fazer-se. — Se a hemorrhagia tem lugar antes do trabalho, estando o collo ainda impermeavel, e se os meios proprios para excitar a contracção applicados ao corpo ou collo do utero nada adiantão, é necessario forçar o orificio e romper o saco amniotico, podendo-se nos casos menos urgentes recorrer á compressão abdominal, que impediria o utero de dilatar-se demais.

Barnes n'este caso rejeita o centeio esporado, aconselha os stimulantes internamente, calor nas extremidades, e fricções como meios preciosos para trazer a reacção. Se o trabalho está começado, se ha dores, se o collo está entre-aberto depois de romper as membranas e excitar a contracção se esta tarda, deve-se dilatar o collo e terminar o parto pelo forceps ou pela versão conforme as circumstancias, e ha casos mesmo em que é preciso praticar a craniotomia. Depois do delivramento é necessario garantir a mulher contra a recidiva do derrame e contra a inercia; Barnes recómmenda n'estes casos ardentemente o perchlorureto de ferro diluido, pratica rejeitada ainda por muitos auctores.

TERCEIRA PARTE

Hemorrhagias póst-partum

As hemorrhagias *pôst-partum*, tambem chamadas hemorrhagias do delivramento, e as unicas descriptas como *puerperaes* por alguns autores, podem sobrevir immediatamente depois da expulsão do feto ou em um periodo variavel desde o delivramento até o fim da puerperalidade ; a physionomia clinica de umas e outras levou os autores a consideral-as distinctamente, o que é de certo modo vantajoso.

I. HEMORRHAGIAS PRIMITIVAS

Etiologia.— A inercia uterina depois do parto é a causa quasi unica do accidente ; em geral a expulsão da placenta nos casos normaes não tarda mais de dez a vinte minutos, e no fim d'esse periodo a mais ligeira tracção sobre o cordão determina a expulsão dos annexos fetaes; porém se não ha retracção e contracção das fibras musculares uterinas, os seios musculares continuão abertos pelo descollamento placentario, elles são o ponto de partida de uma hemorrhagia. A inercia diz-se incompleta ou completa segundo que a contractilidade é fraca ou nulla ; parcial ou total quando se limita a um departamento só, ou a toda a superficie interna do globo uterino.

Ella se encontra nas mulheres debeis, lymphaticas e nervosas, ou victimas já de abundantes perdas em partos anteriores ; encontra-se em todos os casos em que a fibra uterina parece haver experimentado um excesso ou abuso de distensão para perder sua propriedade contractil, ou quando como que a tem gasto em inuteis e frequentes sollicitações,

taes os casos de um longo e penoso trabalho, dependente de qualquer causa, de trabalhos promptos de mais em que a rapida evacuação do utero parece acompanhar-se do que se chamou *stupor* de suas paredes, depois de um parto duplo, hydramnios, tracções intempestiveis e ineptas sobre o cordão, resistencia insolita do perineo, etc. Grafily Hewitt descreveu ainda como causas de inercia adherencias peritoneaes na superficie do utero, hypothese rarissima felizmente, segundo Barnes e Courty, porque ellas são impossiveis de diagnosticar-se em vida.

A retenção da placenta depois do parto ou é devida á adherencia desta, ou descollamento parcial ; ou é simples havendo descollamento total. As adherencias morbidas são raras e tem por causa uma alteração da caduca e antigas endometrites ; « ellas se acompanhão de depositos fibrinosos, algumas vezes mesmo calcareos sobre a caduca ou sobre a superficie uterina da placenta, a qual é manifestamente affectada de espessamento, hyperplasia e em uma palavra de inflrammação » (Courty). Outras vezes dependem da extrema flaccidez da placenta e de sua maior superficie (pl. membranosa) ou da existencia de uma placenta supranumeraria, de um lobulo succenturiado, placenta em raquetta, ou diffusa cujos, lobulos se achem disseminados sobre muitos pontos da superficie do chorion. Capuron, Corbett, e Simpson citarão factos de intimas adherencias. No descollomento parcial a retenção, se a placenta insere-se normalmente, depende da inercia e fadiga do utero ; se viciosamente o descollamento póde sobrevir só durante o trabalho e a perda persistir até a expulsão das secundinas, sobretudo porque a contracção é mais intensa no corpo do utero que no segmento inferior. Quando a retenção é simples havendo descollamento eompleto, devida então a inercial total ou irregulariedade das contracções, o corpo retido obra como stimulo irritando o orgão e esgotando-o em inuteis esforços ; estas contracções parciaes, irregulares, incompletas *encastoão* a placenta ou trazem o spasmo do collo. São causadas por uma intervenção inepta, por delivramento artificial precipitado, tracções sobre o cordão, etc., manobras que irritão e *impacientão* o utero, na phrase de Barnes.

Mais raramente a hemorrhagia uterina é consecutiva uma inversão do utero que póde ser espontanea ou causada pelas manobras de que acabamos de fallar ; no primeiro caso ella é lenta e no segundo subita, podendo a perda ser muito abundante.

Emfim a presença de uma neoplasia, a ruptura de um thrombus, ou do utero, ou de uma variz são causas mais raras da perda.

Symptomas e diagnostico. O derrame sanguineo se faz com violencia e exuberancia justificando as expressões de perdas fulminantes, diluvio de sangue dadas a estas hemorrhagias; um auctor moderno as compara ao jorro brutal de um tonnel que se despeja, tonnel representado pelo utero. A perda é quasi sempre mixta; o orgão augmenta de volume, torna-se pastoso á palpação, os coalhos podem ser percebidos pelo tocar, outras vezes são de tempo em tempo expellidos pela contracção passageira, voltando o utero á inercia durante a qual enche-se de novo.

Não falta o cortejo da perda interna, que já em outro logar consignámos, a syncope, a oppressão, a anemia, o resfriamento, a fraqueza de impulsão cardiaca, symptomas asphyxicos, agitação, convulsões, delirio, surdez, fraqueza da vista, relachamento dos sphincteres, etc. Em tal caso a perda interna é causada por obliquidade do utero, occlusão do orificio pela placenta, ou por coalhos, tamponamento vaginal, ou spasmo do collo.

O diagnostico da perda externa não tem difficuldades, mas na perda interna em começo a distensão do abdomen poderia se ligar a um tympanismo; a percussão n'este fornece som claro e não obscuro; mas esta obscuridade póde-se encontrar no caso da distensão do hypogastro psr acumulo de urina, e então seria util sondar a paciente. A syncope póde tambem sobrevir depois do parto ligada a outros accidentes por exemplo a uma evacuação subita do utero,—uma cintura moderadamente apertada bastaria para desfazer o engano; nos casos mais raros de accessos hysteriformes ou outros accidentes nervosos, o tocar vaginal, a palpação, os antecendentes esclareceráõ o diagnostico.

No caso de adherencia da placenta, ou encastoamento, a extracção desta haveria já offerecido difficuldade em partos anteriores, as contracções energicas serião seguidas de hemorrhagia sem expulsão de membranas, a paciente accusaria sensação de arrancamento experimentada durante as tracções, e a placenta sollicitada por estas desceria simultaneamente com o fundo do utero, dando-lhe a fórma bilobada, etc. A inversão seria reconhecida pelo tocar escrupulosamente practicado, e nos casos de ruptura do collo ou de um thrombus, os caracteres da perda quasi sempre externa, o exame pelo speculum, e ainda o tocar verificarião a origem do corrimento sanguineo.

Prognostico. Os casos fataes são frequentes nas hemorrhagias por inercia uterina, as mais terriveis da puerperalidade; se falhão os meios da arte a mulher morre ex-sangue quer immediatamente, quer algumas horas mais tarde: a adherencia placentaria e a extenuação da força vital por um trabalho prolongado, a inversão uterina, o espasmo do collo são complicações que ainda mais aggravão o prognostico. Os calefrios violentos, as convulsões, as syncopes prolongadas, as dores renaes violentas e continuas, a dilatação das pupillas (Lachapelle) e a cegueira annuncião um fim proximo

Tratamento. A. Os cuidados preventivos consistem em corrigir as predisposições sempre que estas autorisão a prever a inercia do utero; quando o parto é laborioso por fraquesa das contracções nas parturientes debeis, ajudar a contracção e stimular o utero por meio de uma compressão manual methodica, fricções externas, applicações frias sobre o ventre, e sobretudo o centeio em dóse moderada antes da expulsão do feto, ou uma injecção de ergotina; se o trabalho não avança Courty aconselha os sedativos, o opio, o bromureto de potassio o chloral, mas sobretudo o chloroformio. Depois do parto adoptar um termo medio de tempo na intervenção para extrahir a placenta, e chegar a creança ao seio da mãi, segundo a pratica inglesa, meio não muito seguro.

B. — Desde que a inercia se produz e a hemorrhagia apparece, um bom meio, segundo Scanzoni, de despertar a contracção a expulsar a placenta é cortar o cordão, espremer o sangue, e fazer pela veia umbilical uma injecção de agua fria (Mojon), e administrar o centeio em doses de 50 centigrammos de dez em dez minutos em agua gelada, café ou agua de Seltz. No caso de insuccesso é preciso extrahir a placenta e os coagulos. «Para essa manobra, diz Barnes, sustentai o fundo do utero com uma das mãos, impellindo-o para baixo e para traz e introduzi a outra mão, guiada pelo cordão, na cavidade uterina; procurai o bordo inferior da placenta e com os dedos insinuados entre esta e a parede do utero destacai delicadamente a placenta por um movimento ondulatorio; demorai todo o tempo a pressão sobre o utero por fóra; esta concordancia de acção das duas mãos permitte dirigir muito melhor a manobra interna e a facilita singularmente. Quando a placenta está inteiramente destacada tomai-a com firmeza, forcejando, por uma pressão externa, por fazer expulsar pelo utero a mão e a placenta, tudo a um

tempo: quando a placenta tem sahido operai do mesmo modo para extrahir os coalhos.»

Havendo adherencia morbida o descollamento da placenta pode offerecer difficuldades e ser até impossivel; entretanto a retenção será seguida de hemorrhagia e septicemia. Charpentier louva a pratica de Hüter, que esmaga o ponto adherente muitas vezes no utero com uma das mãos emquanto a outra o apoia externamente; e faz sobre cada secção uma injecção-lavagem de agua fria.

Os practicos franceses em geral extrahem a maior porção que podem, e deixão o resto á natureza secundando-a com injecções antisepticas de coaltar, acido phenico (1:100) etc. e um regimen reparador tonificante internamente. Na retenção simples por spasmo do collo ou coagulos, é dever imperioso transpol-o rapidamente forçando-o, e ir procurar a placenta para rebocal-a até o exterior; igual practica se adoptará para os casos de enkystamento, encastoamento ou enquadramento da placenta: quando a perda é moderada fricções de belladona sobre o collo são as vezes sufficientes.

No caso de inversão é necessario reduzir o utero segundo os processos especiaes, variaveis se a inserção é completa ou incompleta; se o collo está ainda elastico ou rijo; emfim se é complicada de prolapso ou de adherencia de placenta. N'este ultimo caso Courty e Barnes aconselhão descollal-a delicada e lentamente, como a casca de um fructo, da superficie convexa do utero, antes de reduzil-o.

Para promover a contracção do utero uma multidão de meios ha sido aconselhada; nos mencionaremos os mais notaveis. A fricção do utero na região abdominal externa, simultaneamente com a titillação do collo com dois dedos da outra mão é um bom expediente; em certos casos a mão pode penetrar na cavidade e ao mesmo tempo que retira os coalhos comprime e percorre suas paredes acordando a contracção. Se esta não apparece restão-nos as applicações de compressas frias no hypogastro, na parte interina das coxas, nas partes genitaes, tisanas frias geladas internamente, passar uma pedra de gelo no utero, fazer cahir um jorro de agua fria sobre o ventre (Gooch). Como porem observão Mme. Lachapelle e Cazeaux, o emprego do frio por mais de cinco minutos só póde ser nocivo á paciente, trazendo-se-lhe um torpor mortal, ou violenta reacção inflammatoria.

Os ingleses dão ainda o opio em alta dose, digitalis, a essencia de therebentina, injecções com agua vinagrada ou alcoolisada, ou com per-

chlorureto de ferro diluido (Barnes) como styptico. Os inconvenientes deste meio limitarão muito na practica o seu emprego; Barnes entretanto recusa todas as censuras ao seu agente e ainda hoje o defende com inquebrantavel vigor nos casos graves.

« A primeira coisa a fazer, diz elle, é cuidar de retirar do utero o sangue e coalhos; depois injectar-se-á uma corrente de agua fria, ultimo apello á força diastaltica do utero e se a hemorrhagia cessa, nada mais é preciso. Mais frequentemente assim não acontece e então é necessario injectar oito onças da solução (1:10 ou :8) delicada e lentamente.» E mais adiante: « Pode-se tão logicamente sustentar que o emprego do forceps é peior que deixar morrer uma paciente sem delivral-a, esquecido do *medio tutissimus*, obstetricamente traduzido *eixo, tracção* — porque em mãos ineptas o forceps pode rasgar o septo recto-vaginal ou romper a bexiga — como a inconveniencia das injecções de perchlorureto de ferro porque seu emprego não é accessivel a todos». (1)

Entre nós o Dr. Werneck tem colhido vantagens com estas; Hervieux emprega um quinto da seguinte formula: Agua distillada 60 gr.; solução de perchlorureto de ferro a 30° — 25 gr.; chlorureto de sodio 15 gr.

Dupierris e o Dr. Forest (de New-York) aconselhão as injecções de tintura de iodo diluida. M. Richter louva muito o emprego de agua aquecida a 40° durante cinco a oito minutos, recommendando que a 38°,5 a corrente nenhum effeito produzio; segundo elle o utero deve estar limpo e em condições de contractilidade para o que faz uma injecção de ergotina (2)

O tamponamento intrauterino e os apparelhos de Chailly devem ser rejeitados porque, quando conseguissem sustar a perda, impedirião a retracção uterina.

O CENTEIO ESPORADO é um recurso heroico e efficaz para esta indicação; segundo Laborde e Peton elle tem uma acção electiva sobre as fibras lisas musculares e produz a contracção permanente e dolorosa do utero. Emprega-se o centeio recentemente pulverisado na dose de 1 a 4 grammos, ou seus preparados de que os mais conhecidos são a ergotina Yvon, o extracto aquoso ou ergotina de Bonjean e a ergotinina de Tanret proposta

---

(1) *The Lancet*, Jan. 27—1883.

(2) *Gazette hebdomadaire*, Junho, 1883.

n'estes ultimos tempos pelo Dr. Chahbazian. Breuillard prefere a ergotina Yvon por ser mais inalteravel e melhor dosada, de modo que um centimetro cubico contem tanto principio activo como um grammo de centeio. A ergotina de Bonjean emprega-se internamente na dose de 0,50 centigrammos a 1,0 grammo, ou hypodermicamente de 1 a 3 decigrammos: n'este caso a formula ordinaria é: 2,0 grammos de ergotina de Bonjean, para 15,0 gr. de agua e 15,0 de glycerina, bastando injectar 1 ou 2 seringas de Pravaz.

A ergotinina seria o verdadeiro alcaloide do esporão, segundo Tanret, e obraria hypodermicamente no fim de 1, 2 a 4 minutos; em tres observações de Breuillard ella parou a perda rapidamente, mas é uma subtancia quasi toxica e ainda em estudos (1). A dose é de 1 a 2 milligrammos.

A administração do centeio deve ser seguida da compressão da aorta segundo o methodo de Baudelocque, que consiste em deprimir com os quatro dedos de uma das mãos a parede abdominal immediatamente acima do fundo do utero, sentindo-se logo a impulsão sanguinea que vem chocar-se contra os dedos: o gráu de compressão pode ser o mais consideravel sem inconveniente e Baudelocque a practicou durante quatro horas. A compressão da aorta rejeitada por Jacquemier entre outros sem razão, é um vantajoso recurso nas hemorrhagias graves, aconselhado hoje por quasi todos os practicos eminentes.

Quando, porém, a victima está exhausta, quando a mais estranha fatalidade parece burlar todas as tentativas da arte, e a persistencia da torrente sanguinea parece lançar-nos em rosto a insufficiencia e exiguidade de nossas armas de combate, é forçoso revocar todo o sangue frio da profissão e dobrar de actividade. A syncope annuncia que a vida da miseravel está por um fio apenas, é necessario acordar esse resto de energia vital; o Dr. Percy Boulton, partidario das injecções de agua aquecida a 110° ou 120° F., pura ou addiccionada de um quarto de per chlorureto de ferro, quando a syncope é imminente, a quantidade de sangue que chega ao coração é insufficiente para excital-a a contrahir-se, e a pressão sanguinea intracraniana, assim como o oxygeno do sangue são tão reduzidos que cessarão as fontes centraes de energia nervosa, manda tomar os membros inferiores da paciente e viral-a de cabeça para baixo (2).

---

(1) These de Paris de 1879.—*The Lancet*. 1883.

(2) *Medical Times and Gazette* — Maio, 5 - 1883.

O Dr. Mac-Cormac, inimigo do perchlorureto de ferro, e que em 3000 partos só perdeu um caso de eclampsia, aconselha nas graves situações: 1.º uma dose massiça de centeio, isto é, 2 drachmas (7 grammos!) de extracto liquido, accrescentando que *ad extremos morbos extrema remedia exquisite optima*; 2.º incumbir a um assistente de comprimir a aorta; 3.º fazer a compressão interna e externa do utero com as duas mãos ao mesmo tempo que outro ajudante faz uma injecção de agua mais fria possivel contendo sal de cozinha, na proporção de quatro colheres de sopa para doze onças, ou um *pínt*, no fundo do utero, injectando depois igualmente no rectum (1). Elle liga grande valor hemostatico ao chlorureto de sodio.

A transfusão do sangue é o derradeiro cartucho em desespero de causa, infelizmente muito longe de ser uma realidade therapeutica ainda sobretudo no nosso paiz; os pesados processos operatorios quando não os inconvenientes que ella pode causar, a fizerão mesmo rejeitar por alguns practicos: o Dr. Oré teve em 177 casos quarenta insuccessos apenas devidos a causas varias, animadora estatistica para encorajar os practicos a encurtar esta especie de periodo de incubação, que precede a effectividade de todas as grandes descobertas. O Dr. Boulton pensa que 50 °[o das mulheres que actualmente morrem de hemorrhagia poderião salvar-se pela transfusão, e prefere a immediata ou veia a veia com o simples apparelho do professor Schäfer, empregado para experiencias sobre animaes barato e portatil. Rejeita a transfusão immediata: 1.º por perda de tempo durante a sangria; 2.º resfriamento do sangue emquanto é batido; 5.º perigo de embolismo por desfibrinação imperfeita; 4.º contaminação do sangue por bacterios; 5.º pelos perigos que pódem trazer impurezas e outros productos accumulados no interior do apparelho raramente usado (2).

C.— Quando se consegue sustar a hemorrhagia é necessario velar attentamente para que a perda interna não se reproduza, retirar os coalhos se os houver, applicar uma cinta hypogastrica, manter o maior silencio e meia obscuridade junto á enferma, dar-lhe cordiaes, caldos, vinho doce; se a doente dorme dobrar de vigilancia consultando frequentemente o pulso, examinando as partes genitaes; havendo nauseas ou vomitos um

---

(1) *The Lancet* — Março, 1883.

(2) *The Lancet* — Março — 10 - 1883.

leve sinapismo no epigastro ou algumas colheres de xarope diacodio; os inglezes dão licores espirituosos, vinho velho, puros ou em agua de Seltz. Nos vomitos rebeldes póde-se applicar clysteres de caldo e vinho com 15 gottas de laudano. No caso de excitação nervosa, reacção febril, insomnia, aspersões frias, o chloral, injecções de morphina; não deixar levantar do leito a mulher, prohibir toda excitação e mesmo o esforço da palavra, e sobretudo fechar a porta do aposento ás visitas dos officiosos e dos amigos. Emfim o successo depende, diz Barnes, de uma attenção solicita e meticulosa; é preciso todo o cuidado, nenhum barulho e alguma doçura.

II. HEMORRHAGIAS SECUNDARIAS

E' raro que se observe a hemorrhagia depois do delivramento se o trabalho correu bem e foi regularmente dirigido; todavia até o vigesimo ou quadragesimo dia depois daquelle podem-se observar perdas tardias, ligadas á inercia secundaria do utero ou involução incompleta deste orgão, muitas vezes dependente de uma doença intercurrente geral ou local que podem determinar a fluxão hematica para o utero, onde o calibre dos vasos ainda não se tem reduzido. Outras vezes a hemorrhagia tem por causa a retenção de restos de membranas ou de coalhos sendo necessario explorar o utero por meio do dedo, do catheter e até dilatar artificialmente o collo para retiral-os e lavar o utero com injecções detersivas. Um coalho, um thrombus uma collecção sanguinea póde-se formar no tecido submucoso do collo ou na espessura da vagina, do perineo e da vulva e romper-se; outras vezes mesmo a excoriação desses orgãos dando lugar a uma explosão de sangue arterial n'este ultimo caso, podem ser origens da hemorrhagia; em casos mais raros a presença do polypos ou tumores fibrosos, a inversão, a retroflexão uterina, o molimen menstrual de que o orgão torna-se outra vez o centro de fluxão depois do parto (Lachapelle), são outras tantas causas do phenomeno. Ajuntem-se a estes factos as causas geraes de hyperemia uterina, e sobretudo a presença do marido no leito conjugal, bastante para provocar o erethismo feminino (Charpentier) e a alteração sanguinea de origem epidemica ou puerperal (Hervieux), e está completo o quadro etiologico da manifestação hemorrhagica tardia.

Muitas vezes mesmo ella é a transição entre uma perda da puerperalidade que finda, e a primeira época catamenial que reapparece.

Raramente abundantes e perigosas, ellas são todavia persistentes e

tem certa tendencia á chronicidade. As indicações therapeuticas, identicas ás das hemorrhagias primitivas e menorrhagias em geral, estão sujeitas ás circumstancias etiologicas do accidente, que se deve bem esclarecer.

Aconselharão-se os meios hygienicos, refrigerantes, stypticos adstringentes, sedativos da circulação, centeio esporado, etc. Eis uma formula recommendada em taes casos por Courty :

Folhas de digitalis........................ 0,30 centigr.
Agua fervendo.............................. 100,0 grammos

Infunde, côe e ajunte :

Xarope de consolda maior Agua de flores de larangeira	} ãa.... 30,0	grammos
Tintura de canella........................	15,0	—
Extracto de ratanhia....................	4,0	—
Ergotina de Bonjean....................	1,0	—
Extracto thebaico........................	0,1	decigr.

Agitai o frasco.— Dóse : 1 colher das de sopa de 12 em 12, de 6 em 6 horas, ou menos se for necessario.

PROPOSIÇÕES

SCIENCIAS ACCESSORIAS

Cadeira de Medicina legal e Toxicologia

Characteres das manchas de sangue

I

As manchas de sangue podem-se reconhecer por characteres histologicos, physicos e chimicos.

II

O exame microscopico revela a existencia dos elementos figurados do sangue.

III

As manchas de sangue permittem tanto mais facilmente encontrar os globulos vermelhos, quanto mais recentes forem.

IV

Os melhores liquidos conservadores das hematias, e que se devem empregar para amollecer as manchas seccas, são aquelles cuja composição mais se approximão do do *serum* do sangue.

V

A fibrina é reconhecivel por suas fibrillas delgadas, que tomão um aspecto gelatiniforme tratadas pelo acido acetico.

VI

A côr das manchas de sangue varia do vermelho roseo á mais intensa coloração negra; ellas tem sobre o ferro pollido e outros metaes o aspecto de escamas brilhantes.

VII

A analyse spectral revela a presença da hemoglobina do sangue por duas fitas de absorpção obscuras entre as linhas D e E no amarello e verde das listras de Fraünhofer.

VIII

Póde-se obter chrystaes de chlorydrato de hematina, ou de hemina, rhomboidaes e de côr cinzenta suja, perfeitamente characteristicos.

IX

Os processos chimicos são mais infieis que os precedentes, porque outros liquidos do organismo (mucus nasal, saliva) se comportão igualmente diante dos reactivos.

X

As reacções mais importantes para characterisar as manchas sanguineas são as de Van Deen e Persos.

XI

A primeira deve ser preferida não só pela facilidade de execução, como pela claresa dos resultados.

XII

Ella se basea na propriedade que tem a hemoglobina de tornar azul uma mistura de tintura de gnaiaco e de essencia de therebentina ozonada.

XIII

E' possivel verificar nas manchas de sangue ainda a presença de albumina, do ferro e do azoto.

XIV

Os resultados de mensurações de globulos sanguineos são muitas vezes infieis e incertos, para se distinguir as manchas de sangue humano das de outros mamiferos.

SCIENCIAS MEDICAS

2.ª Cadeira de clinica medica

Das condições pathogenicas e do valor clinico da anuria na febre amarella

I

A quantidade da urina pode permanecer normal durante todo o curso da febre amarella; porem no maior numero de casos ella diminue desde o fim do primeiro periodo, essa diminuição se accentúa durante o segundo e póde chegar á suppressão completa ou *anuria*.

II

A anuria ou suppressão da secreção urinaria pode ser o resultado quer de um abstaculo á excreção pelos ureteres de urina secretada, quer de uma lesão ou perturbação funccionaes primitivas dos rins.

III

Neste ultimo caso uma alteração do epithelio, do systema vascular ou nervoso renaes póde determinar a anuria.

IV

A febre amarella engendra uma e outra condições perturbadoras da uropoièse.

V

As lesões renaes verificadas pela necropsia explicão a diminuição ou abolição da secreção urinaria ligada a uma nephrite aguda e stheatose.

VI

A anuria póde depender do acumulo mechanico de *sporos* de organismos vegetaes (cogumelos), trazendo numerosos infarctus intra-renaes (Dr. Lacerda).

VII

Esses micro-organismos forão encontrados em quasi todos os humores e tecidos do corpo humano, nos rins, e na urina.

VIII

A anuria sobrevem lentamente por diminuição da urina desde o começo da molestia, ou a secreção urinaria cessa bruscamente.

IX

Na forma maligna da febre amarella a anuria é observada frequentemente pouco depois da invasão do mal.

X

A suppressão da uropoièse, a mais grave complicação da febre amarella, é indicio de uma mórte inevitavel, quando sua duração vai alem de vinte e quatro horas.

XII

Os symptomas uremicos ligados a perturbações profundas da innervação central, accentuão-se nas proximidades da terminação funesta.

XIII

O diagnostico da anuria e da retenção da urina por akinesia vesical se faz por meio do catheterismo e da percussão acima do pubis.

XIV

A anuria é um symptoma frequente em certas epidemias de febre amarella onde se observou em uma proporção de 80 por 100 casos.

SCIENCIAS CHIRURGICAS

Cadeira de Anatomia topographica e Medicina operatoria experimental

Da intervenção chirurgica no cancro do utero

I

A intervenção chirurgica no cancro do utero é curativa ou palliativa.

II

Só a intervenção chirurgica póde suspender a marcha sempre crescente do cancro do collo uterino, oppondo-se a seus estragos posteriores.

III

Ainda que o cancro em absoluto seja incuravel, com os meios chirurgicos adia-se a época da terminação fatal e supprimem-se as dores e o ichor sanioso, o que já traz á doente uma salutar illusão, tornando-lhe a vida mais supportavel.

IV

A intervenção chirurgica no cancro do collo só é indicada nos casos em que a affecção seja exactamente circunscripta a este.

V

A intervenção curativa é absolutamente contraindicada todas as vezes que o periodo de cachexia houver começado.

VI

Não ha indicação ainda nos casos de cancro do corpo uterino, porqne é impossivel saber se a lesão se limita a este, ou se póde ser localmente curada a ferida chirurgica, condições *sine quâ non* da intervenção curativa.

VII

Os methodos da intervenção curativa no cancro do collo tem por fim immediato: 1.º modificar a structura ou nutrição do tumor para sustar seu desinvolvimento ou produzir sua resolução; 2.º destruir a vitalidade dos tecidos morbidos e transformar a producção em uma eschára; 3.º extirpar o tumor.

VIII

Os processos principaes do methodo de extirpação são tres; 1.º extirpação sangrenta; 2.º extirpação pelos meios de exérese mechanica (esmagamento linear, ligaduras); 3.º galvano-caustico chimico.

XI

O primeiro processo consiste em abaixar o collo até a vulva por pinças de Museux (Lisfranc), ou um fio metallico (Osiander), e seccionar o collo acima dos limites do mal.

X

O esmagador é muito conveniente nos casos em que os tecidos são muito vasculares, e que ha razão de temer a hemorrhagia.

XI

O galvano-caustico se practica com a faca galvanica (galvano-cauterio) ou com a alsa galvanica.

XII

O thermo-cauterio é preferivel ao galvano-cauterio, porque, além de sua simplicidade, é hemostastico poderoso.

XIII

O methodo de cauterisação comprehende dois processos: o de cauterisação em superficie, e cauterisação intersticial.

XIV

O primeiro processo comprehende a cauterisão actual e potencial.

XV

A cauterisação actual com o cauterio de Pacquelin, ou a cauterisação intersticial pela pasta de Conquoin devem ser preferidas

XVI

Nos casos de contraindicação á intervenção directa, e durante a prenhez, a intervenção deve ser puramente palliativa.

Ex Hyppocratis Aphorismis

I

Mulieri utero gerenti, si alvus multum profluat, abortionis periculum est.

Sect. 5.ª—Aph. 34.

II

Quæcunquæ utero gerentes febribus detinentur et vehementer extenuantur citra manifestam causam, eæ difficulter et ćum periculo pariunt, aut in abortionis periculum incidunt.

Sect. 5.ª—Aph. 55.

III

Quæ utero gerunt, iis utero os connivet.

Sect. 5.ª—Aph. 51.

IV

In fluore muliebri, si convulsio accedat et animi defectio, malum.

Sect. 5.ª—Aph. 56.

V

Mulieris si voles menstrua sistere, cucurbitam quám maximam ad mamas appone.

Sect. 5.ª—Aph. 4.

VI

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lente reficere opportet; quæ vero brevi, celeriter.

Sect. 2.ª—Aph. 7.

Esta these está conforme os estatutos.

Rio de Janeiro, 3 de Outubro de 1883.

Dr. Caetano de Almeida.
Benicio de Abreu.
Dr. Oscar Bulhões.